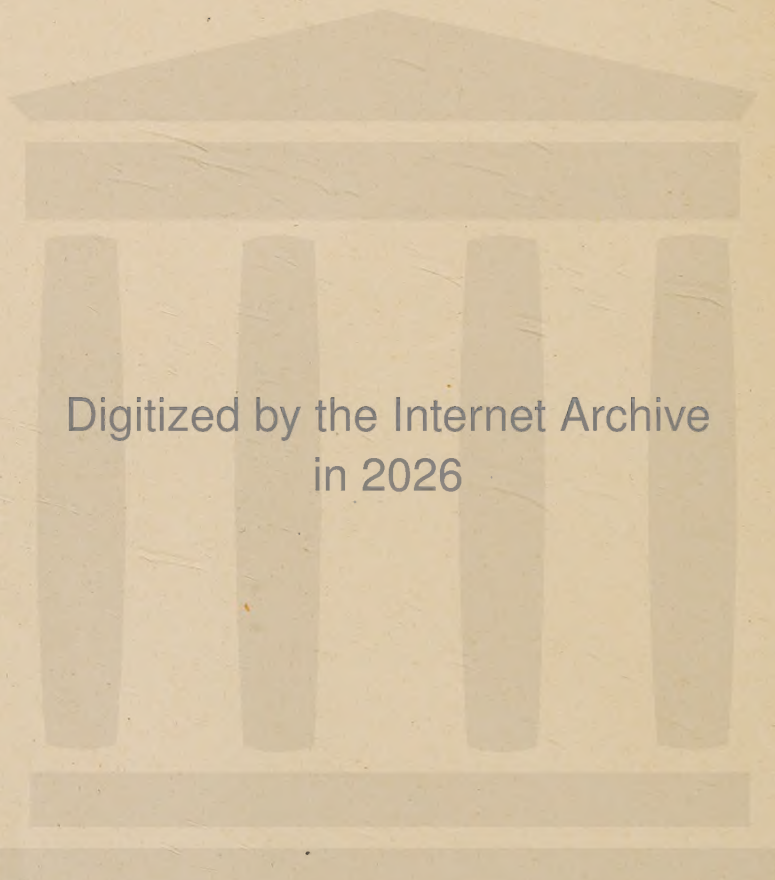


August  
1904



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41555622\\_0059](https://archive.org/details/IA41555622_0059)

DES

N° 77

# TROUBLES DIGESTIFS

DANS

## LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

(REVUE GÉNÉRALE — ESSAI DE PATHOGÉNIE)

— ✕ —

### THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Juillet 1904

PAR

Léon SUQUET

ACAD. IMMOBIL. BILL.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (*Concours 1900*)

Né à Clermont-l'Hérault, le 17 juin 1880

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

— ✕ —

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI  
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1904

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱) . . . . . DOYEN  
TRUC . . . . . ASSESSEUR

## Professeurs

|                                             |                  |
|---------------------------------------------|------------------|
| Clinique médicale . . . . .                 | MM. GRASSET (✱). |
| Clinique chirurgicale . . . . .             | TEDENAT.         |
| Clinique obstétric. et gynécol . . . . .    | GRYNFELTT.       |
| — — ch. du cours, M. VALLOIS.               |                  |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .  | HAMELIN (✱).     |
| Clinique médicale . . . . .                 | CARRIEU.         |
| Clinique des maladies mentales et nerv.     | MAIRET (✱).      |
| Physique médicale. . . . .                  | IMBERT           |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . .        | GRANEL.          |
| Clinique chirurgicale. . . . .              | FORGUE.          |
| Clinique ophtalmologique. . . . .           | TRUC.            |
| Chimie médicale et Pharmacie . . . . .      | VILLE.           |
| Physiologie. . . . .                        | HEDON.           |
| Histologie . . . . .                        | VIALLETON.       |
| Pathologie interne. . . . .                 | DUCAMP.          |
| Anatomie. . . . .                           | GILIS.           |
| Opérations et appareils . . . . .           | ESTOR.           |
| Microbiologie . . . . .                     | RODET.           |
| Médecine légale et toxicologie . . . . .    | SARDA.           |
| Clinique des maladies des enfants . . . . . | BAUMEL.          |
| Anatomie pathologique. . . . .              | BOSC             |
| Hygiène. . . . .                            | BERTIN-SANS.     |

*Doyen honoraire : M. VIALLETON.*

*Professeurs honoraires :*

MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), E. BERTIN-SANS (✱)  
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

## Chargés de Cours complémentaires

|                                            |                    |
|--------------------------------------------|--------------------|
| Accouchements. . . . .                     | MM. PUECH, agrégé. |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | BROUSSE, agrégé.   |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | VIRES, agrégé.     |
| Pathologie externe . . . . .               | JEANBRAU, agrégé.  |
| Pathologie générale . . . . .              | RAYMOND, agrégé.   |

## Agrégés en exercice

|               |            |           |
|---------------|------------|-----------|
| MM. LECERCLE. | MM. PUECH  | MM. VIRES |
| BROUSSE       | VALLOIS    | IMBERT    |
| RAUZIER       | MOURET     | VEDEL     |
| MOITESSIER    | GALAVIELLE | JEANBRAU  |
| DE ROUVILLE   | RAYMOND    | POUJOL    |

M. IZARD, *secrétaire.*

## Examineurs de la Thèse

|                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| MM. GRASSET ✱, <i>président.</i> | MM. RAUZIER, <i>agrégé.</i> |
| CARRIEU, <i>professeur.</i>      | RAYMOND, <i>agrégé.</i>     |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni im-

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

LÉON SUQUET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE MONTPELLIER

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEIS ET AMICIS

LÉON SUQUET.

# DES TROUBLES DIGESTIFS

## DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

(REVUE GÉNÉRALE — ESSAI DE PATHOGÉNIE)

---

### INTRODUCTION

Certaines complications viscérales du rhumatisme articulaire aigu sont étudiées d'une manière complète dans nos traités classiques de médecine. Le rhumatisme cérébral et le rhumatisme cardiaque surtout, ont éveillé, depuis le commencement du siècle dernier, l'attention des cliniciens et font encore aujourd'hui l'objet d'études approfondies et incessantes. Il n'en a pas été de même des troubles digestifs, tout au moins dans ces vingt dernières années, et à la lecture des manuels que nous avons entre nos mains, l'on croirait qu'ils sont rareté (1).

---

(1) Widal *in* Traité de Brouardel, p. 776 : « La diarrhée, les vomissements, l'ictère sont des symptômes exceptionnels, et il est loin d'être prouvé qu'ils sont sous la dépendance directe du rhumatisme » ; p. 568 : « La fluxion hépatique avec ou sans ictère est également fort rare. »

Auscher *in* Manuel de Médecine, p. 669 : « La gastralgie, la

Un article de MM. Gilbert et Lereboullet, paru dans la *Presse Médicale* de janvier 1904, sur l'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu et deux cas d'ictère survenus à la même époque chez des rhumatisants aigus en traitement dans le service de M. le professeur Grasset, nous ont inspiré l'idée de ce travail. Sur le conseil de notre maître, nous avons décidé d'entreprendre une revue générale de la question.

Dès le début de nos recherches, nous nous sommes vite aperçu que la littérature ancienne, et même très ancienne, était plus riche en observations pouvant nous intéresser que la littérature contemporaine, qui, elle, est presque muette. Nous avons poussé plus loin nos investigations et leur résultat nous amène à conclure que les anciens, peut-être bien parce qu'ils étaient plus observateurs, se sont occupés plus que nous des manifestations digestives précédant, accompagnant ou suivant le rhumatisme articulaire aigu. Et pourtant leur vue était plus bornée que la nôtre pour être à même d'interpréter justement les faits et saisir le rapport qui peut exister entre le rhuma-

---

diarrhée simple ou dysentérieforme, l'ictère ont été signalés d'une façon exceptionnelle ; le tube digestif est remarquablement épargné au cours du rhumatisme articulaire aigu. »

Dieulafoy, p. 531 : « Les déterminations rhumatismales de l'estomac et de l'intestin sont fort rares ; elles se manifestent sous forme de catarrhe gastrique, de coliques, de flux intestinal abondant, de diarrhée séreuse ou d'évacuations dysentérieformes. La fluxion hépatique avec ou sans ictère est également fort rare. »

OEttinger in Traité de Bouchard et Brissaud : « L'embaras des premières voies digestives est rarement accusé. Quelquefois cependant on note des vomissements. L'ictère a été signalé à titre de rareté clinique. La diarrhée est également exceptionnelle ».

tisme articulaire aigu et ses manifestations digestives. Ils parlaient de métastase, d'absorption purulente, ils prévoyaient presque la nature infectieuse de l'affection. N'est-il pas plus simple pour nous, aujourd'hui où cette nature infectieuse est presque universellement reconnue, de voir une relation très étroite entre le rhumatisme articulaire aigu et les troubles digestifs qui, presque toujours, l'accompagnent ? Pourquoi le même microbe qui frappe la gorge, l'intestin ou le foie, n'attaquerait-il pas par lui-même ou ses toxines les articulations ? C'est ce que Gilbert et Lereboullet ont essayé de démontrer ; mais allant plus loin, ils admettent que le microbe inconnu du rhumatisme aigu pénètre par l'intermédiaire même de ces voies digestives.

Nous allons passer en revue tous les troubles digestifs qui ont été observés dans le cours des crises articulaires aiguës. Nous ne nous occuperons pas de l'angine, qui est un symptôme presque habituel et cité comme tel dans tous les ouvrages classiques ; nous ne nous arrêterons pas également sur l'œsophagite, qui n'a été observée que très rarement (obs. de Desnos. - obs. Lambin), et nous insisterons particulièrement en autant de chapitres sur les troubles gastriques, les troubles intestinaux et les troubles hépatiques.

Après avoir démontré que ces troubles digestifs existent, nous tâcherons d'étudier dans un dernier chapitre leur nature particulière et la relation pathogénique qui peut les unir au rhumatisme articulaire aigu. Nous passerons volontairement sous silence le traitement.

Nous n'ignorons pas que pour être traitée d'une façon complète, cette question demande plus de connaissances et plus d'expérience que nous n'en pouvons avoir. Mais nous osons espérer que nos maîtres jugeront notre travail avec

toute la bienveillance dont nous avons besoin ; et nous serons satisfait si cette revue générale bien incomplète peut attirer l'attention des cliniciens et susciter des travaux plus sérieux.

Nous attendons depuis huit mois, avec impatience, d'accomplir ce dernier acte de notre scolarité, car nous savons que de bien doux lauriers doivent couronner notre travail. Et pourtant, dès les premières pages de cette étude, nous sommes péniblement impressionné, car nous n'ignorons pas aussi que dans quelques jours nous allons être séparé, sinon de cœur, du moins de fait de nos maîtres et de nos camarades de la Faculté de Montpellier. Et cette pensée, je le répète, nous remplit presque d'angoisse. Il faudrait être, en effet, profondément égoïste pour que l'amour même le plus exquis puisse nous faire oublier, ne serait-ce qu'un seul instant, les touchantes marques de bienveillance et de sympathie que certains de nos maîtres nous ont prodiguées durant toutes nos études médicales.

Que M. le professeur Grasset reçoive le premier l'expression de notre respectueuse reconnaissance. Dès le début de nos études, nous avons été son externe, et il nous a initié, nous les aplanissant, aux difficultés de la clinique ; il nous a ensuite appris à les aimer et tout ce que nous possédons de connaissances médicales, nous le devons aux sages conseils qu'il n'a cessé de nous donner.

M. le professeur agrégé Rauzier a bien voulu nous faire bénéficier de son savoir et de son expérience, qui sont admirés par tous les élèves qui l'approchent ; nous le remercions vivement de toutes ses bontés.

M. le professeur Estor a préparé notre succès à l'Externat ; qu'il soit assuré de notre vive gratitude.

A MM. les professeurs Granel, Tédénat, Carrieu, à MM. les professeurs-agrégés Galavielle, Raymond, Jeanbrau, qui furent tour à tour nos maîtres à la Faculté et dans les Hôpitaux et voulurent bien s'intéresser à nous, nous adressons tous nos remerciements.

En terminant, nous sommes heureux de redire ici à nos amis, Pierre Grasset et Pierre Fontanel, qui ont fait avec nous les premiers pas dans la voie médicale et nous ont aidé dans nos recherches bibliographiques, la profonde affection que nous avons pour eux.

---

## CHAPITRE PREMIER

### TROUBLES GASTRIQUES

L'estomac est rarement atteint dans le cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu; ou tout au moins il est rarement atteint seul. Le plus souvent les troubles gastriques sont liés à des troubles intestinaux et toutes les voies digestives réagissent à l'unisson sous le coup de l'infection.

Mais si les phénomènes gastriques isolés sont rares, ils n'en existent pas moins et il nous paraît utile de les décrire séparément afin de bien les différencier de ceux qui sont souvent liés aux troubles des voies digestives plus inférieures.

**Historique.** — Hippocrate, dans son *Traité des humeurs*, cite le fait d'un malade qui, étant atteint « de la maladie articulaire, en fut délivré par un mal de ventre »; mais ceci nous éclaire fort peu, car « maladie articulaire et mal de ventre » ne sont pas pour nous suffisamment explicites.

Baillou (1560-1616), qui a nettement établi la distinction entre le rhumatisme et la goutte, parle incidemment dans son chapitre « De rhumatismo », des complications du

côté du tube digestif, mais ne nomme pas spécialement les troubles gastriques.

Sydenham (1666-1689), admet la distinction établie par son prédécesseur; il décrit à part le rhumatisme, mais ne s'occupe des phénomènes digestifs qu'à propos de la goutte, citant les vomissements qui surviennent « lorsque la goutte est remontée vers le tube digestif ».

Bœrhaave (1709) signale la localisation possible du rhumatisme sur le tube digestif.

Huxham (1728) est le premier à décrire nettement une maladie épidémique ressemblant à du rhumatisme articulaire aigu et qui débutait par des douleurs stomacales et des vomissements; ensuite apparaissaient des douleurs dans les jointures, une légère élévation de la température et des sueurs très abondantes. Parfois les articulations étaient d'abord atteintes: *Tametsi dolores colici rheumaticos sæpius præcederent; frequenter autem artus primum adoriebatur morbus, dein metastasi facta, stomachum et intestina more descripto...*, etc.

Durant près d'un demi-siècle, peu de travaux paraissent sur le rhumatisme, aucun sur ses localisations extra-articulaires, et il nous faut arriver à Stoll, pour voir étudié, avec une science approfondie de l'observation, que certains même ont trouvé exagérée, le rhumatisme des voies digestives. Dans sa *Médecine Pratique*, il cite plusieurs observations de gastralgie, et en 1777 (*Ratio medendi*), après avoir constaté l'insuccès de la saignée de certains cas de rhumatisme, il dit: « Ces rhumatismes étaient d'origine gastrique et dérivait des impuretés de l'estomac. »

En 1813, Chomel, dans sa thèse: *Essai sur le rhumatisme*, refuse à cette affection le pouvoir de se localiser sur les viscères abdominaux, mais admet cependant que

parfois une gastrite peut dégénérer en rhumatisme articulaire; et lorsque, en 1837, Requin publiait les leçons médicales de son maître sur le rhumatisme et la goutte, Chomel avait tout à fait abandonné les anciennes idées soutenues dans sa thèse et reconnaissait le rhumatisme du canal digestif, avec atteinte stomacale se manifestant par de l'épigastralgie, des nausées et des vomissements.

En 1857, dans son traité : *Des dyspepsies*, il persiste dans son opinion de 1837, donne à ces douleurs stomacales un caractère vraiment rhumatismal et les considère même comme ayant des relations intimes avec le rhumatisme articulaire aigu : « Dans le cours d'affections rhumatismales, il n'est pas rare de voir apparaître des douleurs soudaines quelquefois extrêmement vives, soit dans l'estomac... Ces douleurs surviennent d'une manière brusque, avec violence extraordinaire ; elles se montrent dans le cours d'une affection rhumatismale, le plus souvent très aiguë, à l'instant où les douleurs abandonnent les membres. »

En 1820, paraît dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, un article de Villeneuve sur le « Rhumatisme ». Il constate que les organes abdominaux sont aussi souvent atteints que ceux de la poitrine dans le cours du rhumatisme articulaire aigu et que l'estomac, en particulier, peut présenter un état *spasmodique*, un état *inflammatoire* et même des lésions organiques.

Andral, en 1834, cite dans ses *Cliniques médicales*, l'observation d'une malade atteinte d'affection rhumatismale articulaire aiguë, chez laquelle les douleurs articulaires disparurent au bout de quelques jours et furent remplacées par une vive douleur à l'épigastre. Cette douleur persista pendant quarante jours et des vomissements apparurent vers la fin. La malade mourut et à

l'autopsie on constata une rougeur vive et un ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac sur ses deux faces et vers le grand cul-de-sac; du côté du pylore la muqueuse présentait un mamelonnement grisâtre. Andral résume une autre observation du même genre et conclut à deux cas de gastrites aiguës consécutives à du rhumatisme articulaire aigu, remarquant que dans ces deux cas aucun médicament ne fut donné jusqu'à l'apparition des troubles gastriques.

Dans son *Traité pratique de pathologie interne*, Grisolle, en 1844, dit: « On a décrit des rhumatismes viscéraux attaquant l'estomac et les intestins....., mais la science ne possède encore, sur ce sujet, aucune donnée précise. »

De la Tribouille, dans sa thèse sur « les rhumatismes viscéraux » (Paris 1840) remarque que les affections qui succèdent à la disparition subite du rhumatisme, ont ordinairement leur siège dans les parties les plus faibles, par exemple l'estomac chez les grands mangeurs, et que, dans ce cas, la sensibilité épigastrique est exagérée et le malade a des nausées et des vomissements.

Grave, en 1862, parle de douleurs gastriques précédant ou accompagnant, dans l'immense majorité des cas, l'affection articulaire.

Durand-Fardel, en 1868, dit que dans le rhumatisme de l'estomac et de l'intestin, il est fort difficile de savoir si l'on a affaire à une douleur musculaire fibreuse ou névralgique.

Rigal signale, en 1869, le cas d'un enfant de 14 ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu avec péricardite, et qui, au cours de sa maladie, fut pris de violentes douleurs abdominales avec vomissements.

En 1874, Blachez cite, dans la *Gazette hebdomadaire*

de médecine et de chirurgie, l'observation d'une femme de 32 ans qui, durant le cours de son rhumatisme articulaire aigu, avait présenté un embarras gastrique constant terminé par une péritonite et la mort.

La même année, Guéneau de Mussy, dans sa « clinique médicale », constate que « la fluxion rhumatismale » peut se porter sur la langue, le pharynx, l'estomac et l'intestin. »

En 1875, Mac Swiney publie, dans *The Dublin Journal of med.*, l'observation d'une femme, âgée de 30 ans, qui, atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu très typique avec péricardite, se plaignit, vers le quinzième jour de sa maladie, de fortes douleurs dans le côté droit de l'abdomen, douleur qu'accompagnaient des vomissements incoercibles. La malade mourut et, à l'autopsie, on trouva une inflammation telle de la muqueuse stomacale et duodénale qu'elle présentait une teinte rouge écarlate ; de plus, le duodénum était fortement contracté et, par places, gangréné.

Mac Swiney, se demandant qu'elle peut être la cause de l'état de congestion intense de l'estomac et de contraction et gangrène du duodénum, fait simplement remarquer que la malade n'avait pas pris de nourriture depuis quinze jours avant sa mort, et il ajoute que, dans des cas reconnus, l'abstinence a été suivie d'un état des organes digestifs qui n'était pas sans analogie avec celui qui existait ici.

Besnier, dans un article du dictionnaire Dechambre (1876), signale la possibilité de troubles gastriques et insiste surtout sur la gastrodynie.

En 1878, Raymond, dans sa thèse d'agrégation sur les dyspepsies, signale seulement les accidents dyspeptiques

survenant pendant la convalescence du rhumatisme articulaire aigu,

Leven, un an après, dans son *Traité des maladies de l'estomac*, s'appuyant sur les idées de Pidoux, dit que presque tous les rhumatisants ont de la dyspepsie flatulente, et que le tympanisme stomacal est un symptôme constant du rhumatisme articulaire aigu.

En 1880, paraît une thèse sur le rhumatisme aigu des voies digestives, où l'auteur (Lambin), tout en reconnaissant que les troubles intestinaux sont de beaucoup plus fréquents, admet, pourtant, le rhumatisme de l'estomac. Lambin est le premier qui ait essayé de décrire ce type de rhumatisme aigu ; il l'a fait en s'appuyant sur une observation personnelle très intéressante et il conclut que le rhumatisme aigu de l'estomac se traduit par deux sortes de signes : la gastrodynie et les vomissements.

Malgré ce travail très sérieux, l'attention ne fut pas attirée sur les troubles digestifs du rhumatisme articulaire aigu, probablement parce qu'on les considérait comme de peu d'importance à côté des complications cardiaques et cérébrales qui occupaient alors tous les esprits.

Et c'est pour cela qu'Homolle, en 1882, prétend que les troubles gastriques sont exceptionnels, provoqués par l'intolérance des médicaments et qu'ils n'apparaissent que chez des sujets dont l'estomac fonctionnait mal antérieurement.

Un an avant (1881), Germain Sée avait émis la même opinion dans son traité des *Dyspepsies gastro-intestinales* : « le rhumatisme ne porte pas sur la muqueuse gastrique ».

Il nous faut arriver en 1892 pour voir mentionnés, et encore à titre exceptionnel, des accidents du côté de l'intestin, du foie ou de l'estomac durant une attaque de

rhumatisme articulaire aigu. « Ces accidents résultent, soit de l'oblitération des vaisseaux principaux de ces organes, soit de celle d'une ou de plusieurs de leurs branches artérielles par un bouchon fibrineux ou calcaire détaché du cœur. » (Lancereaux).

En 1898, Marfan note parfois chez les enfants de l'embarras gastrique au début du rhumatisme articulaire aigu.

En 1902, Bloch reprend en partie la thèse de Lambin, mais ne réagissant pas suffisamment contre l'opinion de son maître Hayem, il dit dans ses conclusions que « la gastrite médicamenteuse est la plus fréquente en cours de rhumatisme articulaire aigu ». Il admet cependant que certains cas débutent par de l'embarras gastrique avant tout emploi médicamenteux ; mais il ajoute qu'il n'y a pas de dyspepsie liée spécialement au rhumatisme aigu et que « les gastrites qu'on rencontre au cours de polyarthrite aiguë ne sont en rien différentes des gastrites infectieuses qui accompagnent les autres états infectieux ».

La même année, dans une autre thèse de Paris, Santini cite dix observations personnelles de rhumatisme articulaire aigu vrai avec association gastro-intestinale existant le plus souvent dès le début de la maladie, mais ayant apparu parfois dans le cours ou le décours. Dans ces dix cas les antirhumatismaux n'ont agi qu'après évacuation de l'estomac par l'émétique.

Enfin, Albert Robin, dans sa dernière édition (1904) des *Maladies de l'estomac*, se rallie à l'opinion de Germain Sée et prétend que « tout ce qu'on a isolé sous le nom de dyspepsie rhumatismale rentre dans la description de la dyspepsie goutteuse ou arthritique ».

Quant à Gilbert et Lereboullet, dont l'article sur l'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu nous a ins-

piré en partie le sujet de cette thèse, ils ne disent pas mot des troubles gastriques, se contentant de considérer les amygdales, l'intestin et ses annexes comme porte d'entrée du germe supposé du rhumatisme articulaire aigu.

**Symptomatologie.** — De cet historique un peu long et peut-être oiseux, mais que nous avons voulu faire complet afin de bien montrer combien ces troubles gastriques ont été diversement admis et interprétés, nous allons tâcher de tirer une symptomatologie.

A la lecture des observations de Lambin et de Bloch, les plus récentes que nous ayons pu trouver sur la question, deux symptômes paraissent nettement caractériser les troubles stomacaux en relation avec le rhumatisme articulaire aigu.

Ce sont l'épigastralgie et les vomissements. D'ailleurs, nous avons vu ces mêmes symptômes signalés par Huxham, Chomel, Andral, Graves et Besnier.

Le plus habituellement, l'affection frappe des sujets chez qui l'on trouve de l'arthritisme comme antécédents héréditaires et une ou plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu comme antécédents personnels. Le début est brusque en pleine santé et se manifeste par une douleur très vive dans le creux épigastrique.

Cette douleur est si intense qu'elle arrache des cris au malade, ralentit sa respiration et le jette dans un état d'angoisse extrême. Le malade de Lambin la comparait à celle que produit une vrille pénétrant dans les chairs. Cette douleur est d'abord rémittente, étant plus intense le soir et la nuit et présentant une légère rémission matutinale. Au bout de quelques jours elle devient continue et se complique de vomisse-

ments, si déjà ils n'ont pas apparu dès les premières heures. Ces vomissements sont d'abord purement alimentaires, ils deviennent bientôt bilieux et enfin muqueux, semblables à de l'eau légèrement opaline et « filante », suivant la comparaison d'un malade de Bloch. La gastralgie persiste, mais toutefois un peu atténuée. Ces deux phénomènes gastriques durent de 24 heures à 4 ou 5 jours, pendant lesquels le malade a une anorexie absolue, mais ne présente pas la moindre élévation de température.

Au cinquième et au sixième jour, les douleurs gastriques diminuent et une diarrhée abondante se déclare. Les selles sont très nombreuses, très liquides, mais nullement sanguinolentes.

Cette diarrhée peut parfois manquer, mais très rarement. Lorsque elle existe, elle est de courte durée, 48 heures au plus, au bout desquelles le malade se trouve plongé dans un état de profond abattement et de courbature générale.

Il accuse un léger degré de rachialgie et une sensation de brisure dans tous ses membres. Une céphalée intense ne tarde pas à apparaître ; le malade ressent un léger frisson, le thermomètre marque 38 à 38°5 et la nuit qui suit ces manifestations fébriles et douloureuses est caractérisée par une insomnie absolue et des sueurs abondantes. Le lendemain matin, le malade ressent de vives douleurs dans une ou plusieurs de ses articulations, habituellement les genoux. Les mouvements sont impossibles. Rougeur, chaleur, gonflement, fièvre ; en un mot, tous les symptômes d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. D'ailleurs, le diagnostic est affirmé dans la suite : toutes les articulations sont prises à tour de rôle ou simultanément ; la fièvre et les sueurs persistent ; l'endocarde est parfois touché et le traitement salicylé a une influence très favo-

nable. La durée de la crise articulaire est de un mois à un mois et demi, au bout duquel le malade est complètement rétabli. Telle est la marche la plus habituelle de l'affection. Mais les choses ne vont pas toujours ainsi et nous pouvons observer d'autres modes dans l'évolution des symptômes.

Parfois, comme chez la malade de Max Swiney, la crise articulaire débute et les douleurs abdominales accompagnées de vomissements n'apparaissent que plus tard, vers le quinzième ou vingtième jour, à la fin des douleurs articulaires.

D'autres fois, nous voyons les douleurs articulaires alterner avec les vomissements et l'épigastrie : les uns disparaissant lorsque les autres commencent, et réciproquement. Nous pouvons ainsi observer jusqu'à trois ou quatre successions de ces deux syndromes et finalement l'affection se termine par l'un ou l'autre, le plus souvent par les douleurs articulaires.

Enfin, il n'est pas rare de voir une crise de rhumatisme articulaire aigu débiter par un simple embarras gastrique. Dans ces cas, comme l'a observé Santini, les antirhumatismaux n'agissent que lorsque l'estomac a été évacué.

Le plus souvent, l'affection se termine par la guérison ; aussi connaissons-nous très peu les lésions qu'elle provoque.

**Anatomie pathologique.** — Cependant quelques cas de mort ont été observés par suite de manifestations plus sérieuses, soit du côté du cœur, du péricarde ou du péritoine.

Dans le cas cité par Blachez, l'autopsie n'a pas pu être pratiquée. Dans ceux d'Andral et de Mac Swiney, la mu-

queuse stomacale présentait une teinte rouge écarlate avec un ramollissement intense sur ses deux faces et vers le grand cul-de-sac. Le pylore était fortement contracté, sa muqueuse mamelonnée et grisâtre. Quant au duodénum, il était de coloration noirâtre dans le cas d'Andral, de coloration pourpre dans celui de Mac Swiney, se déchirant à la moindre traction et paraissant atteint de gangrène.

**Étiologie.** — L'étiologie de ces troubles gastriques diffère peu de celle du rhumatisme articulaire aigu.

On peut les rencontrer à tout âge, mais surtout à l'adolescence et à l'âge moyen de la vie, comme pour le rhumatisme aigu. Les deux sexes sont frappés à peu près avec la même fréquence. Mais les sujets qui possédaient antérieurement un estomac en état d'infériorité sont atteints de préférence.

A quelle époque de la crise articulaire apparaissent les troubles gastriques? Ils peuvent apparaître à n'importe quel moment, puisqu'on a pu en observer même deux ou trois mois après la guérison du rhumatisme articulaire aigu. Mais, habituellement, elles précèdent les douleurs articulaires et disparaissent dès l'apparition de celles-ci.

Il est difficile de dire avec quelle fréquence se présentent ces troubles gastriques; nous n'avons pu trouver aucune statistique. Tout de même, nous croyons qu'il nous est permis d'avancer qu'ils sont moins rares que ne le veulent les auteurs classiques. La littérature ancienne en possède un grand nombre d'observations, et il est très fréquent d'observer, au début du rhumatisme articulaire aigu, comme au début de toute autre infection, un léger embarras gastrique caractérisé par de la saburre linguale et de l'anorexie.

Chez le même sujet, toutes les crises articulaires ne sont pas fatalement accompagnées de troubles gastriques, et celle au cours de laquelle ils surviennent peut être la première ou bien a pu être précédée d'une ou plusieurs autres ayant évolué sans aucune complication gastrique.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est relativement facile. Il suffit de noter l'existence d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu en relation avec les troubles gastriques. Il est bien évident que nous ne pourrons pas rattacher au rhumatisme des vomissements ou de l'épigastrie survenus longtemps avant ou longtemps après la crise. Il faut qu'ils apparaissent au début, dans le cours ou le décours et qu'il n'existe pas un trop long espace de temps entre l'évolution des douleurs articulaires et celles des troubles gastriques.

Il faut également s'assurer que le malade n'a pas pris, dès le début de sa crise, des médicaments, surtout le salicylate, pouvant occasionner des désordres du côté de l'estomac.

Quant à la pathogénie de ces troubles gastriques, nous l'étudierons au dernier chapitre, avec celle de tous les autres troubles digestifs.

Pour nous résumer, nous dirons, à la fin de ce chapitre, que les troubles gastriques, bien que rares, existent néanmoins dans certaines attaques de rhumatisme articulaire aigu : l'embarras gastrique, surtout au début ; la gastralgie et les vomissements à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie.

## OBSERVATION I

(Résumée. — Lambin, Paris 1880)

Louis R..., 36 ans, constitution moyenne, entre le 13 mars 1880 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 27, service de M. le docteur Raynaud.

Pas d'antécédents héréditaires. A 13 ans, fièvre typhoïde qui a duré six semaines.

A 18 ans, en juillet 1862, première atteinte de rhumatisme. La maladie débuta par une diarrhée séreuse, abondante, à laquelle succédèrent, 36 heures après, des évacuations de sang pur. Les selles étaient nombreuses et contenaient une petite quantité de liquide sanguinolent avec ténésme rectal et vésical. Quatre ou cinq jours après, les matières ressemblaient à du blanc d'œuf mal cuit, délayé dans l'eau. Pas de forte fièvre.

Le malade allait bien mieux lorsque, trois semaines après, il ressentit une douleur vive dans le genou droit, avec gonflement de l'articulation; la peau était très chaude et les moindres mouvements rendaient les souffrances insupportables.

Application de vésicatoires sur la partie malade.

En décembre 1871, il est pris d'une seconde attaque de rhumatisme dans la région lombaire et le membre inférieur gauche. Frictions au baume Opodeldoch.

Deux ans après, nouvelle attaque. Toutes les articula-

tions sont prises, sauf celles du membre supérieur droit ; il y a gonflement et rougeur des articulations. Forte fièvre.

*Elat actuel.* — Début, le 7 mars, 8 h. du soir, par douleurs très violentes, au niveau de la région épigastrique avec irradiations tout le long de l'œsophage.

Vomissements alimentaires d'abord, puis glaireux et muqueux sans modification de l'acuité de la douleur. Amertume excessive de la bouche ; pas de fièvre, léger frisson.

Le 8 mars. — La douleur épigastrique persiste ; vomissements ont cessé. Pas de fièvre ; anorexie complète.

Pendant 4 nuits, vomissements, débutant par douleur épigastrique cessant le matin avec diminution de la douleur.

Le 11 au soir. — Douleurs de reins et coliques violentes, ventre ballonné ; douleur épigastrique persiste, mais moins violente. Diarrhée abondante.

Le 13. — Douleurs diminuent, selles moins nombreuses, gastralgie presque disparue.

Le 15 au soir. — Courbature générale, léger frisson, sueur, insomnie.

Le 17. — Gonflement des deux genoux avec rougeur, chaleur et douleurs. Mêmes phénomènes aux articulations du cou-de-pied. Matin, 38° 5 ; soir, 39°.

Le 18. — Poignet et coude gauches sont atteints ; quatre à cinq selles, peu de coliques. Matin, 37° 8.

On institue le traitement suivant :

Salicylate de soude, 6 gr.

Décoction blanche de Sydenham.

Tisane albumineuse.

Le 20. — Plus de diarrhée, accroissement des douleurs articulaires. Un peu de fièvre le soir.

Le 25. — Diarrhée précédée de vives coliques. Diminution des douleurs articulaires. Suppression de salicylate.

Le 31. — La diarrhée a cessé. Douleurs et gonflement dans les articulations, 4 grammes de salicylate.

3 avril. — Coliques sourdes, diarrhée.

Le 6. — Plus de diarrhée. Bain de vapeur.

Le 7. — Constipation. Articulations du poignet et des doigts atteintes.

Le 8. — Cours des matières rétabli. Même état dans les articulations. Bain de vapeur.

Le 18. — Léger gonflement dans les articulations des membres inférieurs. Langue propre. Bon appétit. Pâleur des téguments.

Le 16. — Douleurs articulaires, 4 gr. salicylate.

Le 17. — Plus du tout de diarrhée. Vives souffrances dans les poignets et les doigts. Bain de vapeur.

Le 22. — Légères douleurs aux poignets. Sciatique gauche. Bain de vapeur.

Le 26. — Anorexie complète. Coliques, selles liquides, nausées. Suppression du salicylate.

Rien au cœur.

Le 27. — Le malade sort de l'hôpital en bon état.

## OBSERVATION II

(Thèse Bloch. Paris, 1902, recueillie par Dr Georges Kahn)

M. D..., âgé de 29 ans. Rien de particulier dans les antécédents, sauf de petites angines de loin en loin.

Le 16 août. — Le malade éprouve un peu de gêne à avaler. Frisson, fièvre. Comme il en avait précédemment l'habitude, il se gargarise fréquemment au chlorate de potasse. Température, 39°.

Le 17. — Le malade est dans un tel état de prostration, que nous pensons à une fièvre typhoïde. Langue sèche, narines pulvérulentes, regard vague. Température, 39°5.

Depuis hier, le malade est pris de vomissements constants bilieux et muqueux ; diarrhée sanguinolente. Le ventre et le creux épigastrique sont très douloureux. Nous prescrivons des lavements et du benzonaphtol.

Le 19. — La diarrhée et les vomissements continuent.

Le 20. — Douleur et œdème des deux genoux, rougeur localisée.

Température, 39 degrés. Nous donnons 6 grammes de salicylate de soude en potion.

Le 21. — Les troubles digestifs ont disparu. Plus de vomissements ni de diarrhée depuis hier. Légère albuminurie. Nous continuons l'administration de salicylate. Les coudes et les épaules sont envahis par la fluxion. Les douleurs persistent encore dans les jointures ; toutes les grandes articulations sont prises. Apyrexie. Plus d'albumine. Sur les conseils de sa belle-mère, le malade supprime le salicylate.

Le 26. — Nouvelle poussée articulaire. Les articula-

tions sont douloureuses. Température, 39°5. Nous donnons 6 grammes de salicylate.

Le 29. — Apyrexie absolue, les membres sont moins douloureux, les mouvements possibles. Salicylate, quatre grammes.

Le 6 septembre. — L'amélioration persiste. Salicylate, deux grammes.

Le 14. — Le malade part en convalescence à la campagne.

---

## CHAPITRE II

### TROUBLES INTESTINAUX

Les troubles intestinaux en relation avec le rhumatisme articulaire aigu sont beaucoup plus fréquents que les troubles gastriques. Ils existent le plus souvent en dehors de toute manifestation stomacale, mais ils peuvent aussi se manifester en même temps que l'épigastrie et les vomissements. Les observations de Lambin et de Bloch en font foi. Aussi allons-nous retrouver dans l'histoire des troubles intestinaux quelques noms que nous avons déjà vus.

**Historique.** — Hippocrate dit qu'une dysenterie brusquement arrêtée peut produire un dépôt sur les articulations.

Cœlius Aurelianus dénonce la dysenterie comme un rhumatisme de l'intestin.

Baillou signale la possibilité de terminaison du rhumatisme par une diarrhée séreuse quelquefois critique.

Porestus, en 1596, cite un cas de dysenterie en connexion avec du rhumatisme. Lanzoni en 1695, en cite un autre.

Sydenham mentionne dans la fièvre dysentérique de 1672 des douleurs se rapprochant de celles du rhuma-

tisme et siégeant dans les muscles et principalement dans les extrémités.

Baglisi en 1714, écrit au livre I de ses « *Praxeos medicæ* » : *Colica et dysenteria mutantur in arthritem et contra* ».

Bœerhaave, Huxham décrivent les coliques et la diarrhée dans le cours d'épidémies de rhumatisme.

Strack, en 1757, note que « la suppression imprudente du flux dysentérique produit différents phénomènes accidentels, comme des douleurs arthritiques..... »

Akenside, dans ses commentaires sur la dysenterie parus à Londres en 1764, dit : « *Interdum hominem et dysenteria et rheumatismo laborantem curavi.* »

Zimmermann, relatant l'épidémie de dysenterie qui sévit en Suisse en 1765, cite le cas de plusieurs malades chez qui les selles diminuèrent et même cessèrent à la suite de l'ingestion d'un remède astringent ou de lait chaud, mais aussitôt apparurent de vives douleurs articulaires.

Richter (1770), Lepeçq de la Clôture (1778), observent également des rapports entre la dysenterie et le rhumatisme.

Stoll, dans son *Traité de la dysenterie*, affirme que « on peut appeler la dysenterie un rhumatisme des intestins, non d'après une certaine analogie éloignée et par métaphore, mais dans le sens propre et naturel de ces expressions, et regarder ces deux maladies comme congénères et filles d'une même mère ».

Dans sa *Médecine pratique* il étudie les différents troubles intestinaux que peut occasionner le rhumatisme : entéralgie, diarrhée séreuse, mais il insiste surtout sur la dysenterie et, à propos de l'épidémie de 1776, il confirme que la dysenterie est bien un rhumatisme de l'intestin. En effet, dit-il :

» 1° On a vu, la dysenterie survenant, des rhumatismes des membres disparaître subitement ;

» 2° Quelquefois un même individu était attaqué en même temps d'un rhumatisme et de la dysenterie ;

» 3° La dysenterie cessait tout à coup aussi du moment que les poignets ou les genoux s'enflaient et devenaient douloureux, comme lorsque la fièvre rhumatismale se jette sur les membres ;

» 4° L'une et l'autre de ces maladies étaient également communes dans la même saison, les uns étant affligés de rhumatismes, les autres de la dysenterie ;

» 5° Le même traitement convenait aux deux maladies. Le tableau des symptômes était le même, aux différences près qu'occasionnait celle des parties affectées ;

» 6° La dysenterie se jugeait et se terminait fréquemment par des sueurs ou par des efflorescences miliaires, ou des deux manières à la fois ; et c'est ce que l'on observait souvent aussi à l'égard des rhumatismes ».

Mais la dysenterie n'est pas la seule forme clinique du rhumatisme des intestins qu'ait observé Stoll. Il dit avoir vu souvent de l'entérite simple caractérisée par de l'entéralgie très violente et une diarrhée abondante. Cette entéralgie et cette diarrhée coexistaient parfois avec les douleurs articulaires ou apparaissaient lorsque ces dernières commençaient à diminuer.

Stoll, nous l'avons déjà dit, a été taxé d'exagération par ses contemporains ; nous croyons plutôt qu'il a mieux observé qu'eux et nous montrerons tout à l'heure que, plus d'un siècle après lui, nous partageons en partie ses idées et admettons tout au moins un certain degré de parenté entre quelques cas de dysenterie et de rhumatisme articulaire aigu.

Pringle en 1795, observe de la constipation dans le cours

d'épidémie de rhumatisme et Tempel en 1796, de nouveau de la dysenterie ; Pinel (1802) et Broussais (1816) séparent complètement le rhumatisme de la dysenterie.

Chomel, dont nous avons vu l'évolution des idées à propos des troubles gastriques, reconnaît également l'existence des troubles intestinaux : entéralgie, constipation, diarrhée, peuvent frapper les sujets atteints de rhumatismes et réciproquement le rhumatisme est produit quelquefois à la suite de l'arrêt brusque d'une diarrhée par un « traitement perturbateur ».

En 1814, dans un article du dictionnaire des sciences médicales, Fournier et Vaidy, disent que « le rhumatisme peut succéder à la dysenterie ».

Villeneuve, s'appuyant sur les observations de Darwin, Tissot, Broussais, Stoll, Tourtelle, Dumoulin et Huxam, cite l'entéralgie, la gangrène des intestins, la dysenterie, la diarrhée, comme complications possibles du rhumatisme articulaire aigu.

Dans sa *Médecine pratique* en 1820, Frank admet les complications rhumatismales dans la dysenterie, mais émet des doutes sur l'identité de ces deux affections.

Vignes, en 1825, signale des douleurs contusives dans les articulations accompagnant souvent la dysenterie.

En 1835, Thomas, de Tours, prétend qu'il y a entre la dysenterie et le rhumatisme un rapport de cause à effet et se demande « si la dysenterie n'a pas été une *simple cause occasionnelle*, au même titre que le froid, ou bien si les lésions sont simplement dysentériques, ou bien quelle est la part du rhumatisme antérieur ».

La même année, Ozanam et FalLOT constataient dans des épidémies de dysenterie l'apparition de douleurs articulaires.

En 1837, dans ses « leçons de clinique médicale », Cho-

mel rapporte plusieurs exemples d'entéralgie et de coliques rhumatismales et une très belle observation de dysenterie rhumatismale. Le malade, entré le 3 juillet 1834 à la clinique de l'Hôtel-Dieu, se plaignit de douleurs poly-articulaires jusqu'au 8 juillet. Aux douleurs succédèrent alors de nombreuses selles dysentériformes qui persistèrent jusqu'au 18 juillet. Puis les douleurs articulaires réapparurent jusqu'au 28 juillet pour laisser place de nouveau à la dysenterie. On observa ainsi plusieurs successions des troubles intestinaux et du rhumatisme, preuve bien certaine de la relation intime qui existe entre la dysenterie et les douleurs articulaires.

Thomson, dans un numéro du *The Lancet* de 1839, signale la coexistence *of abdominal inflammation with rheumatism*.

De la Tribouille, dans sa thèse sur les rhumatismes viscéraux parle, lui aussi, d'entéralgie et de coliques irrégulières.

Bouillaud, dans son *Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu*, cite une observation recueillie en 1830 dans le service de Chomel; il s'agit d'une femme qui se plaignait de coliques et de nausées dès que les douleurs quittèrent les articulations; le lendemain, la malade eut des douleurs abdominales atroces avec d'abondantes évacuations alvines; on crut, dit l'observation, à la métastase de l'affection rhumatismale sur le canal intestinal. A l'autopsie, « la muqueuse intestinale était pâle dans toute son étendue, plus pâle même que dans l'état ordinaire... seulement, les follicules sous muqueux, les glandes de Brunner offraient un développement remarquable. Dans presque toute la longueur de l'intestin grêle, ils s'élevaient comme des grains de chènevis, ou plutôt comme les petites pustules d'une variole au début; nul d'entre

eux n'offrait d'ulcérations. La muqueuse qui les recouvrait nous parut amincie. »

En 1841 parut dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* un travail excessivement intéressant de Grifoulhière sur l'entérite rhumatismale. L'auteur rapporte six observations d'entérite survenues dans le cours d'attaques de rhumatisme articulaire aigu. Dans tous les cas les malades présentaient du ballonnement du ventre, un dévoiement glaireux, du ténesme ; parfois du tympanisme à la percussion et de la douleur à la pression du ventre. Le pronostic fut habituellement bénin, sauf dans les cas où d'autres complications survinrent. La guérison fut obtenue par le seul traitement du rhumatisme.

Cambay, en 1847, écrit : « On a vu de la dysenterie disparaître par le développement d'un rhumatisme, etc... »

Monneret (1851) parle de la constipation comme d'un symptôme presque constant et qu'on voit persister fréquemment pendant huit ou dix jours.

Haspel, en 1852, et Valleix, en 1853, font tous deux mention de la dysenterie, mais le second considère son apparition comme une simple coïncidence.

En 1858, Sylvestre, dans l'*Union Médicale*, mentionne un cas de dysenterie rhumatismale qu'il a observé dans une épidémie survenue à Lariboisière dans le service de Pidoux.

L'année suivante, dans le *Montpellier Médical*, Vignal cite le cas d'une femme B..., demeurant à Cette, âgée de 40 ans qui, atteinte depuis 15 ans, de rhumatisme articulaire avec palpitation de cœur depuis 5 ans, eut une vraie dysenterie rhumatismale avec douleur précordiale très vive, battement du cœur très fort.

Dutrouleau, dans *Maladies des Européens dans les*

*pays chauds*, prétend que les douleurs articulaires aiguës ne sont pas rares dans le premier jour de la dysenterie.

D'après Duroziez (1862) la dysenterie reconnaît la même cause que le rhumatisme articulaire aigu.

Délioux de Savignac, dans son *Traité de la dysenterie* (1863), parle d'une forme rhumatoïde de la dysenterie.

La même année, Homan d'Hertwig observe des douleurs articulaires dans une épidémie qui éclata dans le district de Kragero, en Norvège.

Chauffart cite l'observation d'un jeune homme de 17 ans, atteint de diarrhée, vomissements avec hypérémie aiguë du foie, qui se convertirent après quelques jours en rhumatisme articulaire aigu.

Dans sa thèse sur le rhumatisme aigu et ses diverses manifestations parues en 1865, Charles Fernet, s'appuyant sur les travaux de Stoll, Bouillaud, Trousseau, Chomel, dit que le rhumatisme peut occuper les différentes parties dont se compose l'appareil digestif, et, à propos de troubles intestinaux, il insiste sur la dysenterie et la diarrhée ou simple catarrhe. Un an après, dans sa thèse d'agrégation, Ball regarde la constipation comme symptôme habituel et décrit une diarrhée plus ou moins intense et opiniâtre.

Gestin, en 1867, relève dans l'épidémie de dysenterie de Brest, trois apparitions de phénomènes rhumatismaux.

Il nous faut arriver à Trousseau pour trouver une description magistrale des manifestations articulaires de la dysenterie, qu'il décrit sous le nom de forme rhumatismale.

« Les douleurs abdominales, dit-il, ne sont jamais plus prononcées que dans la forme rhumatismale. Chaque fois que le malade va à la selle, les souffrances qu'il éprouve

se peignent sur sa physionomie, qui exprime l'anxiété la plus pénible, le ténésme se produisant au plus haut degré.

» Mais ce qui caractérise principalement cette forme de la dysenterie, ce sont les métastases qui se produisent, en quelques circonstances, du côté des articulations, métastases qui ont été parfaitement signalées par Stoll...

» Cette transformation de la dysenterie en rhumatisme a été notée par M. le docteur Gondouin dans une épidémie qu'il a observée dans le département de la Sarthe. »

Barallier, dans son article du dictionnaire de Jaccoud, sur la dysenterie, admet cette forme rhumatismale et ajoute que le rhumatisme se développe surtout pendant la convalescence et que les genoux se prennent le plus fréquemment.

En août 1869, Huette cite dans les *Archives générales de Médecine*, dix observations d'arthrites survenant chez des malades atteints de dysenterie. Il étudie le mode d'invasion, les symptômes, la durée, les complications, la terminaison, l'étiologie et termine par un diagnostic différentiel avec le rhumatisme articulaire aigu, assimilant plutôt l'arthrite dysentérique au rhumatisme blennorrhagique, avec cette différence qu'elle est presque toujours poly-articulaire.

Hallez, la même année, ne partage pas l'opinion de Huette et considère la dysenterie comme une localisation rhumatismale pouvant précéder parfois la localisation articulaire. Il rapporte, d'ailleurs, une observation très nette où les manifestations articulaires fébriles sont analogues à celles du rhumatisme articulaire aigu. Hallez signale également la possibilité d'une entérite simple rhumatismale avec fièvre, douleurs abdominales, dévoie-

ment glaireux alternant avec de la constipation et vomissements.

Cette entérite simple est également constatée par Robert, qui en relate une observation dans *The Lancet*, de 1872, sous le nom de « un cas de rhumatisme aigu avec complication de diarrhée ». La malade, âgée de 24 ans, atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu avec sueurs et légère endocardite, fut prise, au douzième jour de son affection, d'une diarrhée excessive qui dura huit jours.

Picot considère l'entérite et la dysenterie comme rares dans le rhumatisme des enfants.

Orlowski observe, en 1871, quatre malades chez lesquels une dysenterie semblable aux dysenteries communes, s'interrompt brusquement et fut remplacée par un rhumatisme articulaire ; aussi, en 1873, publie-t-il sa thèse sur la dysenterie rhumatismale.

En 1874, Follin et Duplay disent dans leur *Traité de Pathologie externe*, que certaines arthrites aiguës se développent parfois à la suite des fièvres éruptives, plus rarement de la dysenterie.

Quinquand, la même année, propose de désigner les arthropathies dysentériques comme des manifestations rhumatoïdes de la dysenterie, en raison de certaines analogies cliniques, avec les arthrites rhumatismales, mais les différencie du rhumatisme articulaire aigu.

Rapmond, de son côté, écrit dans *Deutsch Klin*, que l'identité de cette forme d'arthrite avec le rhumatisme, est tout à fait improbable.

Toujours en 1874, Gueneau de Mussy cite un cas d'un rhumatisme qui, traité par le colchique, fut pris de diarrhée, puis de dysenterie et mourut. A l'autopsie, il constata une éruption psorentérique très abondante, semblable à celle qu'on rencontre dans le choléra.

À propos des troubles gastriques, nous avons parlé de l'observation de gastro-duodénite de Mac Swiney.

Tétu, en 1875, différencie lui aussi l'arthrite dysentérique du rhumatisme articulaire aigu, mais reconnaît que la diathèse rhumatismale favorise l'apparition des accidents.

Lecard voit dans l'épidémie de La Rochelle survenir des manifestations rhumatismales aiguës.

Besnier, en 1876, mentionne l'entéralgie, la dysenterie et la diarrhée simple comme complications possibles, mais rares, du rhumatisme aigu.

Dans sa thèse (1876), Galdemar signale l'arthrite comme complication de la dysenterie et en fait presque une arthrite spécifique : « Il existe une variété d'arthrite reconnaissant pour cause unique et nécessaire la dysenterie. »

Aron, pendant l'épidémie de Joigny, observe quatre fois des complications rhumatismales.

En 1878, Girard de la Barcerie nie la forme rhumatismale de la dysenterie et admet le rhumatisme à titre de simple complication de la dysenterie. Mais la forme rhumatismale est de nouveau citée par Jaccoud, en 1879.

Lambin, dans sa thèse (1880), prétend que « l'intestin est, sans aucun doute, la portion du tube digestif le plus souvent atteinte par le rhumatisme articulaire aigu », et il cite à l'appui de son dire des observations de coliques, entérite et dysenterie.

Homolle, en 1882, considère la dysenterie comme une simple coïncidence et se demande si la diarrhée est la première manifestation rhumatismale, ou ne fait que jouer le rôle d'affection prédisposante.

La même année, Lacot y Martinez consacre sa thèse aux manifestations rhumatismales du tube digestif ; il

signale l'entéralgie, la diarrhée, mais ne parle pas de la dysenterie, considérant probablement l'arthrite dysentérique comme complètement indépendante du rhumatisme articulaire aigu.

En 1883, Béranger-Féraud dit, dans son *Traité de la dysenterie*, qu'il a constaté quelques cas de rhumatisme articulaire aigu consécutifs à une dysenterie et il cite entre autres celui d'un officier de vaisseau qui avait commis l'imprudence, revenant d'une longue promenade à terre, de se laver à grande eau dans sa chambre, en s'exposant à un courant d'air assez frais.

Colin trouve tout naturel que cet officier ait été atteint et de dysenterie et de rhumatisme; le froid n'est-il pas une cause prédisposante et pour l'une et pour l'autre affection? Pour lui, il n'y a qu'une simple coïncidence, observée même dans un nombre très restreint d'épidémies.

Fialho, en 1884, et Fradet, en 1885, ne partagent pas la même opinion et considèrent l'arthrite dysentérique comme un rhumatisme secondaire différant par ses causes, sa marche et sa terminaison du rhumatisme articulaire aigu. Nous nous appuierons cependant sur une des observations de Fradet pour essayer de démontrer que l'arthrite dysentérique n'est parfois qu'une simple crise de rhumatisme articulaire aigu compliquant ou compliquée de dysenterie.

Dans un travail très sérieux paru en 1886 dans les *Archives générales de Médecine*, Dewere dit : « Il est indéniable que la dysenterie peut revêtir quelquefois dans ses allures épidémiques ou sporadiques certaines formes articulaires »; il s'étonne, tellement les faits sont évidents, que beaucoup d'auteurs se refusent encore à les reconnaître. Mais il différencie catégoriquement ces arthrites

dysentériques du rhumatisme articulaire aigu, disant qu'elles se manifestent sans fièvre intense, sans sueurs profuses, sans lésions cardiaques, etc.. Et pourtant, dans quatre de ses observations, nous trouvons de la fièvre, dans une de l'endocardite.

Bouchard, la même année, considère le rhumatisme dysentérique comme un pseudo-rumatisme.

Jaccoud, en 1888, signale des cas de rhumatisme articulaire aigu à début viscéral se manifestant par des épistaxis et une diarrhée intense.

Archibald Garrod (1891) signale également que la diarrhée, accompagnée de douleurs abdominales et de la présence du sang dans les selles, a été observée en même temps que le rhumatisme articulaire aigu.

Nous avons déjà vu que Lancereaux, en 1892, parle de la possibilité d'accidents du côté de l'intestin ou de l'estomac.

Jusqu'en 1898, il ne paraît plus de travaux sur les complications viscérales du rhumatisme articulaire aigu. Remlinger s'occupe alors de l'arthrite dysentérique et conclut, à la suite de l'examen de deux observations, qu'elle rentre dans la classe des pseudo-rhumatismes infectieux.

Bosanquet, en 1900, dans *The Lancet*, rapporte treize cas de rhumatisme articulaire aigu compliqués de fortes douleurs abdominales, deux cas compliqués de diarrhée et un de dysenterie.

Enfin, en 1902, Santini observe des associations gastro-intestinales dans le rhumatisme articulaire aigu vrai.

Parmi les traités classiques, le *Manuel de Médecine* seul (Auscher) signale à titre exceptionnel la diarrhée simple ou dysentérique.

Quant à Gilbert et Lereboullet, ils ne mentionnent que

l'existence d'une appendicite folliculaire hypertrophique.

Encore une fois, à la fin de ce second historique, nous nous sentons obligé de faire remarquer que les travaux parus ces vingt dernières années sont excessivement peu nombreux et qu'au contraire les troubles intestinaux et surtout la dysenterie ont suscité principalement au début du XIX<sup>e</sup> siècle un grand nombre d'études.

Tous ces travaux, toutes ces études nous enseignent que des troubles intestinaux peuvent être parfois en relation avec des crises de rhumatisme articulaire aigu : constipation, diarrhée, entéralgie. Quant à la dysenterie, les opinions sont moins unanimes à reconnaître ses rapports avec le rhumatisme articulaire aigu, on l'a même complètement différencié de lui et à tour de rôle on a décrit une dysenterie rhumatoïde, une dysenterie rhumatismale, une arthrite dysentérique.

Nous ne parlerons pas de la constipation, qui est un symptôme constant du rhumatisme articulaire aigu ; nous allons décrire sommairement sous quel aspect clinique se présentent l'entérite et l'entéralgie et nous essayerons enfin de démontrer que l'arthrite dysentérique ne mérite toujours pas ce nom et que parfois elle n'est pas autre chose qu'un rhumatisme articulaire aigu, type compliqué de dysenterie ou simplement de diarrhée dysentérique. Nous ne dirons qu'un mot de l'appendicite.

N'ayant pu nous procurer d'observations personnelles, nous allons nous inspirer, pour décrire les symptômes de l'entérite et de l'entéralgie, d'une observation de Grifoulhière qui, bien qu'ancienne, nous paraît suffisamment concluante et de deux observations de Lacot y Martinez.

**Symptomatologie de l'entéralgie et de l'entérite.** — Le sujet, habituellement jeune, est atteint d'un rhumatisme articulaire aigu franc avec fièvre assez élevée, douleurs polyarticulaires, sueurs abondantes, gonflement et rougeur des jointures prises, parfois légère endocardite. L'affection paraît évoluer régulièrement et si l'on a donné du salicylate, il calme les douleurs et abaisse un peu la température.

Vers le 15<sup>e</sup> jour, le malade se plaint brusquement de coliques très douloureuses, sans diarrhée. L'abdomen, hypéresthésié, ne peut supporter la moindre pression ; et cette douleur, qui non seulement siège au niveau de l'intestin, mais probablement aussi au niveau de la paroi abdominale, est si intense que le malade est obligé de s'immobiliser dans son lit et de garder quelques jours la même position. Parfois l'immobilisation, même en décubitus sur le ventre, ne parvient pas à la calmer. L'arthralgie persiste, les sueurs deviennent plus abondantes, et la fièvre est plus élevée. Au bout de quelques jours le malade est pris d'une diarrhée très abondante ; il a de 8 à 10 selles par jour.

A chacune de ces selles, il éprouve du ténesme et des coliques ; mais en dehors des évacuations, la douleur est très atténuée et se réduit à quelques malaises accompagnés de borborygmes. Parfois, cependant, la douleur abdominale est constante et revêt même une acuité plus intense que dans toutes les autres inflammations de l'intestin ; mais elle est toujours exaspérée au moment des garde-robes.

Les selles sont très liquidées, muqueuses, parfois bilieuses, rarement teintées de sang. Leur nombre augmente puis décroît progressivement et peu à peu la guérison survient.

Dans ces cas, les douleurs articulaires ont marché de pair avec les douleurs abdominales et la diarrhée. Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'entéralgie et la diarrhée évoluent parfois séparément. C'est ainsi que nous pouvons voir des malades se plaindre, dans le cours de leur rhumatisme articulaire aigu, de douleurs intestinales atroces indépendamment de toute diarrhée. Ces douleurs se présentent alors suivant plusieurs aspects ; parfois elles sont intermittentes et surviennent par accès isolés sans aucune périodicité ; d'autres fois, au contraire, elles se présentent sous forme d'accès périodiques, survenant à heures fixes et surtout la nuit ; enfin, elles peuvent être continues et occasionner au malade des souffrances intolérables.

Inversement, l'on peut observer des malades qui, en dehors de toute colique, ne souffrant nullement de leur abdomen, ont une diarrhée plus ou moins intense. Les observations ne manquent pas dans la science pour le prouver.

Nous pouvons encore retrouver ici la même évolution successive des symptômes que nous avons déjà vue à propos des troubles digestifs et que nous reverrons à propos de la dysenterie ; lorsque les douleurs articulaires apparaissent, l'entéralgie cesse, et lorsque l'entéralgie et l'entérite cessent, les douleurs articulaires réapparaissent.

Signalons enfin le simple embarras gastro-intestinal que l'on observe parfois au début du rhumatisme articulaire aigu.

### OBSERVATION III

(Grifoulhière. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1841.)

Une cuisinière de 18 ans, bien portante et bien réglée, est dans la nécessité de plonger souvent ses mains dans l'eau froide, et quelquefois aussi de garder les pieds mouillés. Vers la fin de juillet 1840, elle est prise d'une première attaque de douleurs occupant les genoux et les hanches et s'accompagnant de coliques. Ces accidents se dissipent spontanément au bout de trois jours, mais renaissent le 16 août avec les mêmes caractères, et cette fois ils persistent chaque nuit. Les douleurs augmentent dans les articulations et dans le ventre. Il y a de la soif, de l'anorexie, de la fièvre, alternativement de la constipation et du dévoiement, avec ténésmes et quantité de mucosité dans les selles. Aux premières douleurs s'en joint une nouvelle dans le flanc droit, paraissant dans les parois abdominales, s'exaspérant par la plus légère pression ; elle force pendant quelques jours la malade à garder la même attitude dans son lit, le moindre mouvement du tronc lui arrachant des cris. Cette douleur se dissipe après des sangsues. Le 25 août, l'épaule droite devient douloureuse et les membres inférieurs sont allégés. Mais la fièvre, les accidents intestinaux restent les mêmes, malgré le repos, la diète et quelques bains. La douleur du flanc se réveille à un degré moindre cependant. Le 30 août, la fièvre cesse pour ne plus revenir. Les autres symptômes diminuent ; on permet quelques légers aliments.

Le 5 septembre, les douleurs articulaires sont dissipées, mais les parois abdominales sont elles-mêmes très douloureuses quand on les pince, et comme les coliques, la douleur au flanc et le dévoiement augmentent, on fait sur le flanc une nouvelle application de sangsues, et on donne quelques opiacés. Ce n'est que le 20 septembre que les accidents intestinaux se dissipent et que la convalescence se confirme. Jusque-là les coliques avaient persisté, avec des alternatives de dévoiement et de constipation. Sur la fin il s'est montré une moiteur générale.

#### OBSERVATION IV

(Lacot y Martinez. Thèse de Paris, 1882)

Marie Faurrien, 22 ans, bonne, entre dans le service le 18 juin 1881; pas de maladies antérieures, mal réglée, pertes blanches; elle a souffert de quelques douleurs dans les genoux et aux épaules, mais jamais d'attaque aiguë; depuis un an, elle souffre de palpitations et se trouve oppressée facilement; la malade n'a jamais remarqué d'œdème périmalloleaire. Il y a trois semaines, elle a été malade d'une angine suppurée qui a duré quinze jours. Il y a huit jours, la malade a été prise de douleurs dans le poignet gauche pendant deux jours; elle ne pouvait imprimer le moindre mouvement à cette articulation; le lendemain, les douleurs se sont montrées dans la cuisse droite; deux jours après, le poignet droit devient douloureux, de même que l'articulation temporo-maxillaire de chaque côté. Actuellement, elle en souffre très légèrement. Le poignet droit n'est plus douloureux.

20 juin. — Douleurs assez vives à la partie supéro-externe de la cuisse droite, les mouvements sont assez douloureux.

Il existe un gonflement assez douloureux du dos de la main gauche, avec rougeur, et manifestement fluctuant (synovite tendineuse avec épanchement).

Le 21. — Le genou droit devient douloureux, et la température monte brusquement à 39°2. La malade se plaint d'avoir eu des battements de cœur la nuit; on trouve à l'auscultation le premier bruit un peu rude.

Le 22. — Le bruit du cœur reste assez net; ni souffle, ni frottement.

Le 28. — Un peu d'élévation, 38 degrés. Quelques douleurs dans la cuisse droite, dans l'épaule gauche et le bras gauche et dans les petites articulations des doigts; pas d'épanchement appréciable; seulement un peu d'épanchement dans les gaines synoviales du poignet gauche.

1<sup>er</sup> juillet. — Les douleurs ont disparu; mais la malade se plaint de coliques assez douloureuses; pas de diarrhée; constipation, gastralgie et entéralgie.

Le 2. — Les coliques persistent, quoique moins vives, reviennent par accès qui durent une demi heure ou une heure; les douleurs sont exaspérées par la pression et ne sont pas soulagées par le *decubitus* sur le ventre (les douleurs viennent évidemment de l'intestin et non pas des muscles de la paroi, car en faisant lever la malade, les douleurs ne sont pas exaspérées).

Le 3. — Quelques douleurs dans le poignet et dans la cuisse droite; sueurs abondantes, élévation de la température à 40°6, sans cause appréciable.

Le 4. — Rémission complète.

Temp  
41

Dates Juin 1904

Observation IV

19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

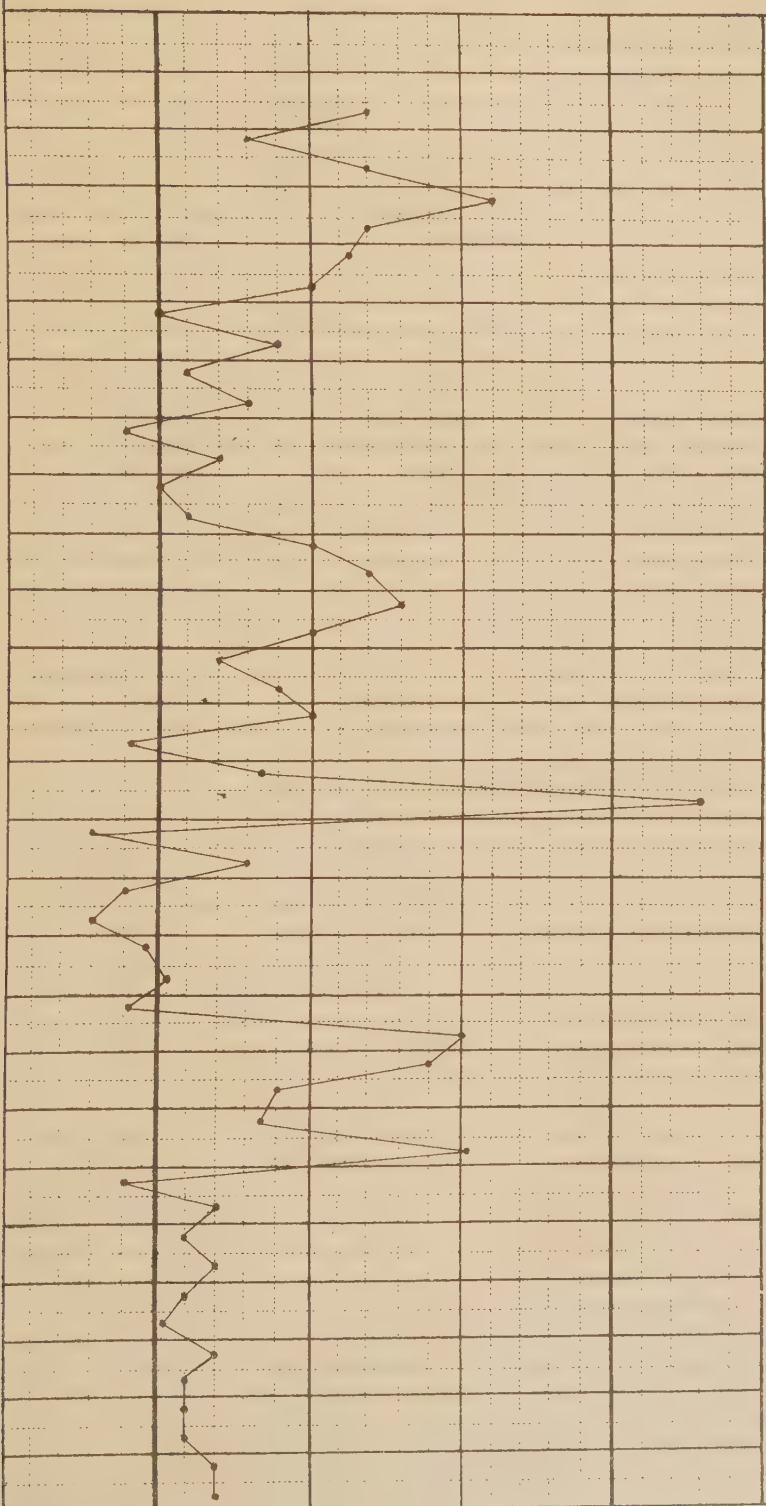
40

39

38

37

36





Le 6. — Les douleurs sont exaspérées ; accès d'entéralgie durant un quart d'heure au moins.

Le 7. — Hier soir, 39°1. Ce matin, la malade souffre toujours du ventre et de douleurs dans les membres, assez mal localisées, surtout dans les genoux ; ce matin, 39°8.

Le 8.— Température, 39°1 ; douleurs dans le ventre et l'estomac.

Le 12. — Les douleurs sont très mobiles ; douleurs dans les genoux, surtout à droite ; le poignet gauche est de nouveau douloureux.

La malade sort le 19 juillet, encore un peu souffrante du genou droit, et rentre de nouveau dans le service six jours après ; elle souffre de nouveau de quelques articulations ; pas de nouvelles crises d'entéralgie. La malade est encore dans le service.

## OBSERVATION V

(Lacot y Martinez. Th. Paris 1882)

Le nommé Aimé Caillé, 24 ans, marchand de vin, entre le 3 juillet 1881, salle Axenfeld, service de M. le docteur Dieulafoy.

Le malade n'accuse pas de maladies antérieures ; il a été pris hier de douleurs dans les deux genoux, et malgré les souffrances il a continué son travail pendant toute la journée. Ce matin il a été pris de frissons et de quelques accidents nerveux. Le soir la température est de 38° 6. La douleur des genoux a augmenté d'intensité surtout à gauche. Les articulations de la hanche et du cou-de-pied sont prises du côté gauche. Douleur très vive dans le poignet droit ; pas de palpitations ni d'oppression. L'appétit est bien conservé, langue un peu saburrale, céphalalgie légère. On prescrit 3 grammes de salicylate de soude.

Le 4 juillet. — La douleur est augmentée dans le genou droit et a diminué à gauche. Epanchement dans les deux genoux, rougeur très superficielle du dos de la main droite. Aucun souffle au cœur, 4 grammes de salicylate.

Le 6. — Les douleurs ont à peu près disparu. Il reste un peu de liquide dans le genou gauche, rien au cœur.

Le malade sort le 13 juillet, ne souffrant plus du tout, mais il nous revient le 15 juillet se plaignant de douleurs le long du tendon d'Achille. On constate du gonflement

au niveau de l'articulation tibio-tarsienne avec un peu de synovite tendineuse, et une douleur localisée à l'insertion inférieure des muscles de la patte d'oie ; les deux genoux sont aussi douloureux.

Le 16. — Le genou gauche est rouge et gonflé ainsi que le poignet droit. Rien au cœur. 4 grammes salicylate.

Le 19. — Les douleurs se sont amendées considérablement.

Le 23. — Le malade a été pris brusquement hier au soir de coliques très vives, une diarrhée intense les a remplacées pendant plusieurs heures, puis des nausées et des vomissements. Encore quelques douleurs ce matin, mais les coliques sont cependant presque calmées.

Le 25. — Plus de coliques. L'appétit est revenu.

Le 26. — Hier au soir vers 11 heures, nouvel accès de coliques. Elles ont été très vives de 11 heures à 3 heures. Le malade n'a pu se recoucher à cause de la diarrhée très intense qu'accompagnait les coliques ; vomissements fréquents : vers 3 heures, tout s'était dissipé.

Le 29. — Le malade est bien, à part quelques douleurs du tendon d'Achille droit.

Le malade est encore dans notre service.

**Dysenterie rhumatismale.** — La dysenterie va nous arrêter davantage, car son étude nous conduit à élucider plusieurs questions.

Nous avons vu que les opinions étaient diversement partagées ; les uns considèrent que les douleurs articulaires survenues au cours de la dysenterie sont un simple effet du hasard, une pure coïncidence ; d'autres en font une arthrite spécifique de la dysenterie et la diffé-

rencent nettement du rhumatisme ; bien peu les identifient absolument à celles du rhumatisme articulaire aigu.

Nous allons étudier les rapports qui existent entre la dysenterie et l'arthralgie qui souvent la complique, et nous tâcherons de répondre aux deux questions suivantes :

Existe-t-il une arthrite dysentérique absolument distincte du rhumatisme articulaire aigu ?

La dysenterie ne peut-elle pas se compliquer de rhumatisme articulaire aigu ou réciproquement ?

La crise de rhumatisme articulaire aigu est habituellement caractérisée par les symptômes suivants : gonflement, rougeur et douleur de plusieurs articulations, les genoux et les chevilles étant de préférence atteints les premiers ; température assez élevée : 38°5, 39°, sueurs abondantes, anémie. De plus, le cœur et le péricarde sont assez souvent lésés.

Les partisans, et ils sont nombreux, de la spécificité de l'arthrite dysentérique, prétendent qu'elle n'est pas toujours polyarticulaire, que la fièvre fait défaut, que les sueurs et les symptômes généraux manquent ainsi que l'endocardite et la péricardite. Ils insistent aussi sur l'absence des antécédents rhumatismaux et ajoutent que le froid et l'humidité semblent rester hors de cause.

Ils concluent qu'il existe une variété d'arthrite, reconnaissant comme cause unique et nécessaire la dysenterie et que cette variété d'arthrite est analogue au rhumatisme blennorrhagique, avec cette différence, cependant, que le rhumatisme blennorrhagique n'affecte habituellement qu'une seule articulation.

Il est bien évident que la plupart des observations que nous avons lues dans les travaux d'Huette, Quinquand, Tétu, Dewere, Remlinger, Fradet..., diffèrent par plu-

sieurs de ces points d'une crise franche de rhumatisme articulaire aigu ; mais dans toutes nous trouvons, pourtant, toujours quelques points de ressemblance. Existe-t-il quelque chose d'absolu en médecine, et est-il défendu au rhumatisme articulaire aigu, pas plus qu'à une autre affection, de modifier le cours de son évolution, suivant les circonstances et les tempéraments ?

Puis, chez ces mêmes auteurs qui nient catégoriquement tout point de parenté entre le rhumatisme articulaire aigu et la dysenterie, nous trouvons plusieurs observations typiques de crise articulaire aiguë. Et nous allons précisément nous appuyer sur elles pour essayer de démontrer que des rapports très nets peuvent exister entre la dysenterie et le rhumatisme articulaire aigu.

Moins absolu que les partisans de l'arthrite dysentérique, nous n'avons pas l'intention d'effondrer ici toutes leurs opinions, et nous reconnaissons immédiatement que souvent, le plus souvent même, les phénomènes articulaires qui compliquent la dysenterie sont absolument différents de ceux qui caractérisent une crise vraie de rhumatisme articulaire aigu. Mais cela n'implique nullement que la dysenterie ne puisse jamais se compliquer de rhumatisme articulaire aigu ou réciproquement.

Nous allons d'abord citer plusieurs observations qui nous paraissent suffisamment concluantes ; nous les commenterons ensuite.

## OBSERVATION VI

(Louis Hallez. Th. Paris, 1869, recueillie par Peter)

Dysenterie rhumatismale. — Rhumatisme articulaire

En juin 1868, service de M. Bernuzt, salle Saint-Eugène, entre une femme d'une quarantaine d'années pour une dysenterie fébrile qui provoque de quatre à cinq garde-robes sanglantes dans les 24 heures,

Ces garde-robes sont rendues avec sensation de ténesme. Elles sont peu abondantes et franchement dysentériques. Mais ce qu'il y a de particulier dans l'état de cette malade, ce qui me frappe et ce que je fais remarquer aux élèves qui suivent la visite, c'est l'excessive douleur abdominale, douleur dont se plaint la malade alors qu'on ne la touche pas et qui lui arrache des cris dès qu'on veut palper l'abdomen, surtout dans la région des colons.

Cette disproportion entre la douleur et les phénomènes dysentériques me fait songer à la dysenterie rhumatismale de Stoll, et je citai ce fait aux élèves à l'appui des doctrines de l'illustre médecin de Vienne, lorsque, quatre jours après l'entrée de cette malade, la dysenterie allant un peu mieux mais n'étant pas guérie, la malade se plaignit de souffrir de ses genoux qui étaient un peu tuméfiés.

Le lendemain, les poignets et les épaules devinrent également douloureux et se tuméfièrent. En même temps que se montrait ce rhumatisme articulaire non douteux, il y eut recrudescence de la fièvre. La dysenterie cessa

vers le quatrième jour de l'apparition du rhumatisme et les douleurs abdominales disparurent à ce moment.

Le rhumatisme, qui ne fut jamais très intense, s'éteignit au bout d'une quinzaine de jours. La tuméfaction et la douleur des articulations disparaissent graduellement. La convalescence suivit sa marche normale et la guérison fut complète.

### OBSERVATION VII

(Quinquand, *Gazette des Hôpitaux*, 1874, p. 651.

Des manifestations rhumatoïdes de la dysenterie

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 17 ans. Pas d'antécédents tuberculeux, ni goutteux, ni scrofuleux, ni rhumatismaux, ni syphilitiques ; était entrée à Ste-Cécile pour une autre affection, n'avait jamais eu de rhumatismes ; après deux jours de dysenterie, fut prise de douleurs articulaires vives dans les genoux, les coudes et les articulations tibio-tarsiennes en peu d'heures ; pas de gonflement marqué, excepté vers l'articulation tibio-tarsienne droite, où il y a de la tuméfaction, avec une rougeur diffuse et de la douleur à la pression. P = 124 ; température 39° 4 ; sueurs assez abondantes. La dysenterie continue, bien qu'atténuée dans les symptômes.

## OBSERVATION VIII

(Fradet. — Thèse de Paris 1885)

Delay, 2<sup>e</sup> soldat au 12<sup>e</sup> régiment d'artillerie, âgé de 22 ans, a eu la dysenterie pendant 6 jours à partir du 25 août, coliques, ténésme ; une vingtaine de selles glaireuses en 24 heures ; elles ont contenu du sang du 27 au 29 août. Le 5 septembre, quatre jours après la guérison de la dysenterie, il commence à souffrir dans le genou droit.

Cette douleur augmente, puis son genou se tuméfie ; le 9, l'autre genou se prend et il est envoyé de l'infirmierie à l'hôpital le 13 septembre, salle 7, lit 20.

13 septembre. — Les deux genoux sont tuméfiés et douloureux, surtout à la pression et pendant les mouvements ; ils contiennent du liquide en certaine quantité. Temp. : 38°8.

Pouls, 90. Traitement : salicylate, 6 gr., enveloppement ouaté.

14. - La fièvre a complètement cessé (temp., 37°4) ; l'état des genoux ne s'est pas modifié et reste stationnaire.

18. — Même situation des jointures prises, le malade se plaint d'un peu d'oppression. A l'auscultation, on ne trouve rien à la poitrine ; mais les battements du cœur sont sourds et comme lointains.

Diagnostic : péricardite. Temp. matin, 37°4 ; soir, 37°6. Vésicatoire à la région précordiale.

21. — Les deux pieds sont douloureux et tuméfiés au

niveau des articulations tibio-tarsiennes, même état des genoux.

Les battements du cœur sont toujours cotonneux. Le malade n'a aucun antécédent rhumatismal ni personnel ni héréditaire. Temp. matin, 37°2, soir 37°2.

22. — Les bruits du cœur, plus nets, permettent d'entendre un souffle doux au 1<sup>er</sup> temps et à la pointe. Nouveau vésicatoire.

23. — Les poignets sont légèrement tuméfiés et douloureux. Même état. Pas de fièvre.

26. — Douleurs vagues dans la région cervicale, mouvements du cou pénibles. Pas de rougeur, pas de gonflement.

2 octobre. — Les douleurs des pieds, des bras et du cou ont disparu. Les genoux sont toujours le siège d'un épanchement notable et les mouvements en sont difficiles.

18. — Le liquide des hydarthroses s'est résorbé en partie, mais cependant le malade peut encore à peine se lever. Quoique les bruits du cœur soient toujours sourds et qu'on entende les frottements péricardiques, et le souffle de l'insuffisance mitrale, l'état général n'est pas trop mauvais, et l'anémie peu prononcée.

## OBSERVATION IX

Dewere, 1886.— *Archives générales de Médecine de Paris.*

Amiel, 24 ans, cavalier au 8<sup>e</sup> hussards, est un rhumatisant héréditaire ayant eu lui-même plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu. Nous relevons, en outre, dans son passé morbide, l'existence d'un érysipèle à

l'âge de 15 ans. A peine arrivé au corps, il doit entrer à l'infirmerie pour une nouvelle atteinte de rhumatisme qui dure du 28 février au 15 mars 1885.

Le 10 juillet suivant, étant pris de ténésme, de selles fréquentes, glaireuses, un peu sanguinolentes, il rentre à l'infirmerie, puis est envoyé le 24 juillet à l'Hôpital de la Charité. Bien que le malade n'ait jamais présenté le moindre symptôme cardiaque, ses antécédents rhumatismaux nous invitent à examiner aussitôt l'état fonctionnel du cœur, et nous découvrons ainsi à la pointe un léger bruit de souffle au premier temps.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, la dysenterie se trouvant en pleine évolution, il survient une douleur vive au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite. On ne trouve pas de modification anatomique appréciable des tissus ; mais, comme l'on a d'excellentes raisons pour soupçonner un début de rhumatisme articulaire, on se hâte de prescrire le salicylate de soude. Cependant l'état général n'annonçait rien de fâcheux et le thermomètre ne traduisait aucune élévation fébrile.

Le 27. — L'état du malade ne s'est pas modifié depuis hier. A... se plaint toujours de ne pouvoir remuer qu'au prix de vives souffrances le membre inférieur droit ; ce qui s'accorde mal avec le caractère de plus en plus impérieux du flux diarrhéique.

Le 28. — Le malade ressent depuis hier une douleur vive dans le genou droit. Il existe dans l'articulation un peu de liquide, distendant les culs-de-sac synoviaux et soulevant légèrement la rotule. Même traitement et enveloppement ouaté de l'articulation. T. matin : 37,5 ; soir : 38,2.

Le 29. — Le symptôme douloureux se sont accentués davantage. Le genou est augmenté de volume et ne

peut supporter le moindre contact. L'articulation coxo-fémorale n'est presque plus sensible. La température continue à monter ; de 38°5 le matin, elle atteint 39° le soir.

Le 30. — L'état local est toujours le même ; il semble cependant que la douleur soit en voie de décroissance. T. matin : 38·5 ; soir : 38·2.

Le 31. — Il s'est produit une détente sérieuse dans le symptôme douleur, mais le gonflement persiste toujours, rendant l'extension de la jambe fort difficile. T. matin : 39·9 ; soir : 37·4.

1<sup>er</sup> août. — Le malade se sent mieux. Le nombre des selles dysentériques est tombé de 20 à 10. Le gonflement du genou est diminué de moitié. T. matin : 37·2 ; soir : 37·5.

Le 2. — L'articulation tibio-tarsienne droite est un peu douloureuse, sans qu'il y ait de modification appréciable des téguments à son niveau. Le volume du genou est presque revenu à l'état normal. T. soir et matin : 37·

Le 3. — On constate un peu d'empâtement dans les tissus qui entourent l'articulation tibio-tarsienne. Les articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale ont repris leurs mouvements, mais conservent encore une raideur assez grande. T. soir et matin : 37°

Le 4. — L'état du malade est excellent ; la dysenterie peut être considérée comme guérie. Le cœur conserve toujours sans modification un petit souffle léger au premier temps et à la pointe. On supprime le salicylate.

Le 8. — Le mieux s'accentue de jour en jour ; la dysenterie est définitivement guérie ; mais il persiste assez de raideur dans le genou et surtout dans la hanche pour obliger le malade à soutenir sa marche d'un bâton.

Le 13. — Le malade part chez lui en convalescence, ayant encore les mouvements du membre inférieur droit fort gênés.

L'observation de Hallez est ancienne et manque un peu de précision. Nous avons voulu tout de même la citer parce qu'Hallez est un des rares auteurs qui considèrent l'arthrite dysentérique franchement rhumatismale.

Dans l'observation de Quinquand, nous relevons des douleurs polyarticulaires avec début par les genoux, de la tuméfaction, de la rougeur diffuse, une température très élevée : 39°4, un pouls rapide : 124, des sueurs assez abondantes.

Dans celle de Fradet, début des douleurs par le genou droit, tuméfaction des articulations, légère hydarthrose, 38°8, péricardite, endocardite, abaissement de la température à la suite de prescription de salicylate.

Enfin dans celle de Dewere, le malade présentait du rhumatisme dans ses antécédents héréditaires et dans ses antécédents personnels ; plusieurs de ses articulations furent douloureuses et distendues par un peu de liquide ; la température était assez élevée 38°5, 39° ; à l'auscultation on trouvait un léger souffle au premier temps et à la pointe.

Il est absolument impossible, à la lecture de ces trois observations, de ne pas reconnaître une crise franche de rhumatisme articulaire aigu. Aucun symptôme constant n'y manque, et l'endocardite qui n'est pas habituelle existe dans les deux cas sur trois. De plus l'on trouve parfois une origine *a frigore*, comme dans le cas de Béranger-Féraud.

Enfin, il suffit de relire les conclusions de Stoll qui

restent vraies après plus d'un siècle pour être convaincu.

Les faits sont là pleins d'éloquence, et cependant combien d'auteurs se sont refusés et se refusent encore à les reconnaître !

**Symptomatologie de la dysenterie rhumatismale.** — De ces quelques observations qui nous paraissent très probantes, nous allons tirer une esquisse clinique.

Le plus souvent la dysenterie précède le rhumatisme, et c'est pour cela que Tétu prétendait que la cause unique de l'arthrite dysentérique est la dysenterie. Donc un sujet qui s'est exposé ou non au froid est atteint de dysenterie avec ténesme, selles fréquentes, un peu sanguinolentes. Au bout de deux ou trois jours en pleine dysenterie survient brusquement une très vive douleur au niveau d'une articulation, habituellement le genou droit ; puis d'autres articulations se prennent, des sueurs abondantes apparaissent, la température s'élève jusqu'à 39°, un souffle d'endocardite est parfois perçu, en un mot nous avons sous les yeux le tableau typique d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Ce durant, la dysenterie peut persister ; mais il est plus fréquent d'observer sa disparition, et nous assistons alors à une série de successions dans l'évolution des deux affections. Stoll et Chomel l'ont nettement signalé.

D'autres fois le rhumatisme ne débute que vers la fin de la maladie, plusieurs jours même après la guérison.

Le rhumatisme peut aussi précéder, mais très rarement, la dysenterie ; dans ce cas, dès l'apparition de la dysenterie, les douleurs articulaires cessent.

L'affection se termine presque toujours par la résolution après une durée de cinq ou six semaines ; aussi ne

connaissions-nous pas du tout ses lésions, pas plus que celles de l'entérite rhumatismale.

**Appendicite rhumatismale.** — Il n'en est pas de même pour l'appendicite. Dans un cas de MM. Gilbert et Lereboullet, elle ne se révéla par aucun symptôme clinique ; à l'autopsie l'appendice parut même normal, mais l'examen microscopique révéla des lésions évidentes : les follicules étaient hypertrophiés, « semblant former autant de petits abcès sous-muqueux, dont plusieurs tendaient à éroder la muqueuse et à s'ouvrir dans la lumière du canal appendiculaire ». De plus, les lymphatiques étaient enflammés. (Planche p. 73, fig. 3).

**L'étiologie des troubles intestinaux** que nous venons d'étudier, entéralgie, entérite et dysenterie, diffère peu de celle du rhumatisme articulaire aigu ; nous l'avons d'ailleurs déjà étudiée à propos des troubles digestifs. Nous ne voulons pas nous répéter.

**Diagnostic.** — Quant au diagnostic, il est excessivement simple pour l'entéralgie et l'entérite. Pour l'entéralgie, il suffit de ne pas la confondre avec des douleurs qui siègent parfois au niveau même de la paroi abdominale. Pour cela il faut dire au malade de s'asseoir sur son lit sans s'aider de ses mains ; il ne le pourra pas ou ne le pourra que très péniblement si les douleurs viennent des muscles de la paroi. Faut-il encore que les douleurs ne siègent pas à la fois dans l'intestin et dans la paroi abdominale. Pour l'entérite, le diagnostic n'est à faire qu'avec l'entérite médicamenteuse. Les commémoratifs l'éclaireront.

Le diagnostic de la *dysenterie rhumatismale* présente

beaucoup plus de difficultés, puisqu'il existe, nous l'avons admis tout à l'heure, une arthrite dysentérique dont il faudra la différencier.

Mais nous avons vu que l'arthrite dysentérique diffère totalement du rhumatisme articulaire aigu : pas d'antécédents rhumatismaux, personnels ou héréditaires, pas de refroidissement dans l'étiologie, pas de fièvre, pas de sueurs, pas d'endocardite ; enfin l'arthrite dysentérique est souvent mono-articulaire comme le rhumatisme blennorrhagique.

Au contraire, les douleurs articulaires qui surviennent dans le cours de la dysenterie évoluent sur un terrain prédisposé ; elles sont toujours polyarticulaires, s'accompagnent de fièvre très élevée et de l'affaissement de l'état général ; l'endocardite et la péricardite sont fréquentes.

Il est évident, comme nous l'avons déjà dit, que la marche de la dysenterie rhumatismale et celle de l'arthrite ne sont pas toujours régulières et que dans certains cas le diagnostic doit être très délicat à poser, les symptômes de l'une de ces affections pouvant se rapprocher des symptômes de l'autre.

Un dernier diagnostic sera encore à faire avec la dysenterie médicamenteuse survenant dans le cours d'un rhumatisme aigu.

Nous consacrerons un chapitre spécial à la pathogénie des troubles digestifs.

Nous pouvons donc conclure à la fin de ce chapitre, que l'on observe assez souvent des troubles intestinaux au début, dans le cours ou le déclin de crises de rhumatisme articulaire aigu.

## CHAPITRE III

### TROUBLES HÉPATIQUES

Nous voici enfin arrivé au point de notre travail qui nous présente le plus d'intérêt, parce que nous avons pu nous-même observer dans le service de M. le Professeur Grasset, deux rhumatisants aigus atteints de troubles hépatiques et parce que ces troubles hépatiques ont fait l'objet d'études très récentes.

**Historique.** -- Nous trouvons dans Bianchi (1725), la première mention d'arthropaties avec *ictère* :

« *Stremui vinipotæ, frequenter ventricali languoribus, aut colicis, aut articularibus affectibus corripuntur, quos tamen his omnibus non raro salutos vidimus per subitum salutarem icterum.* »

En 1728, Huxham observe que dans certaines épidémies, à l'occasion du moindre refroidissement, les coliques intestinales disparaissaient pour faire place à de l'*ictère*, qui, à son tour, était bientôt suivi de douleurs articulaires.

Stoll, dans sa *Médecine pratique*, cite un cas d'*ictère* surveillé chez un rhumatisant articulaire aigu. Il s'agit d'un tisserand, âgé de 32 ans, et qui depuis 20 ans avait chaque année une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Le 22 janvier 1779, il fut pris d'une nouvelle crise poly-articulaire et fébrile. Sept jours après, les douleurs rhumatismales disparurent, mais le 31 janvier, un léger ictère apparut sur tout le corps; le lendemain, l'ictère avait augmenté, les urines étaient d'une couleur jaune très foncée et au 11<sup>me</sup> jour de la maladie, le malade mourut. A l'autopsie on trouva un foie très gros, rouge jaune, mais les canaux cystique, hépatique, cholédoque étaient libres : on pouvait, à la moindre pression, pousser la bile dans l'intestin; d'ailleurs, durant la maladie, les matières fécales n'avaient pas été décolorées.

Dans le cinquième volume du journal de médecine militaire de Dehorne, Lorenz rapporte l'observation d'un militaire, âgé de 53 ans, qui vit son rhumatisme articulaire disparaître au moment où survenait une hépatite aiguë avec ictère.

Van de Keere publie (1825), dans le *Journal universel des Sciences médicales*, le cas d'un soldat, âgé de 30 ans, qui, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, bien caractérisé, présenta dans le cours de son affection un ictère très prononcé. Il mourut et l'autopsie montra une rougeur intense de la veine porte, une couleur jaune pâle du foie et une distension de la vésicule biliaire.

Beau, en 1851, prétend que les coliques hépatiques ne sont pas toutes d'origine calculeuse. « Je ne doute pas, dit-il, qu'on observe des hépatalgies syphilitiques, gouteuses et rhumatismales; j'en ai déjà rencontré une de cette dernière espèce. Le sujet, qui était sujet à des affections rhumatismales, était infailliblement affecté de colique hépatique, parfaitement caractérisée, toutes les fois qu'il n'avait pas soin de se vêtir chaudement, surtout à l'époque des premiers froids. »

Une autre observation d'ictère est citée par Gubler

dans les *Archives de Médecine* de 1857. La malade, une anglaise âgée de 32 ans, après une longue course à pied et refroidissement à l'arrivée, fut prise de vomissements de glaires et de bile qui durèrent deux jours ; puis les articulations devinrent douloureuses et se gonflèrent. Dans le courant du rhumatisme se manifesta un ictère général très pâle avec teinte jaune des sclérotiques. L'affection se compliqua d'endocardite et de méningite et la malade mourut. A la nécropsie, on trouva un foie énorme, de couleur jaune cire, très gras, avec une vésicule biliaire contenant une grande quantité de bile.

Monneret n'est pas le premier à avoir mentionné l'atteinte hépatique au cours du rhumatisme, puisque nous venons de citer déjà sept observations ; mais il a eu du moins le mérite de rapporter quinze cas où le rhumatisme articulaire s'est compliqué d'ictère à teinte plus ou moins foncée. Il croit à l'existence d'une congestion hépatique et propose de désigner ces troubles sous le nom de : Rhumatisme du foie.

La même année (1862), Graves, dans ses *Leçons de clinique médicale*, dit avoir observé 8 ou 9 exemples de phlegmasies articulaires suivies d'hépatite avec ictère et urticaire, et ajoute qu'il ne s'agit sûrement pas d'une simple coïncidence. Mais il reconnaît plus loin que la plupart des médicaments qui sont efficaces dans les phlegmasies articulaires sont remarquables par l'influence qu'ils exercent sur les sécrétions de l'intestin et du foie.

Frérich, encore la même année, cite dans son *Traité pratique des maladies du foie*, l'observation d'une malade de 24 ans qui, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, fut atteinte d'ictère.

Toujours en 1862, paraît la thèse de Baillet sur l'*Ictère rhumatismal*. Nous y trouvons 10 observations inédites

et des conclusions où l'auteur considère cet ictère comme produit par l'action de la cause rhumatismale.

En 1863, nous avons trouvé dans les *Archives générales de médecine* l'observation d'un jeune homme de 17 ans, atteint de diarrhée, vomissements avec hyperémie aiguë du foie qui se convertirent, après quelques jours, en rhumatisme articulaire aigu.

Au mois de juillet de la même année, Chatard publiait, dans l'*Union médicale de la Gironde*, 2 observations personnelles d'ictère rhumatismal et conclut qu'il faut substituer cette appellation à celle de : *Rhumatisme du foie*, donnée par Monneret, parce que le plus souvent « la congestion et la fluxion sur le tissu fibreux » ne sont pas indispensables pour produire, dans la sécrétion de la bile, une modification telle que l'ictère en soit la conséquence.

Dans la thèse de Fernet (1865), nous trouvons signalée la fluxion hépatique seule ou accompagnée d'ictère. Dans celle d'agrégation de Ball (1866), tout un chapitre est consacré à l'étude de l'ictère dans le rhumatisme ; mais « rien ne démontre, dit l'auteur, que le rhumatisme puisse directement agir sur le foie pour le désorganiser ».

Dans une autre thèse de Paris, parue en 1869, Pastia prétend qu'on peut observer de l'ictère chez les rhumatisants, et parfois des infarctus dans le foie, dus à une endocardite concomitante.

Hallez, la même année, signale lui aussi l'ictère et une légère augmentation du volume du foie.

Picot, en 1872, dit que l'ictère est une complication rare du rhumatisme aigu chez les enfants.

Gueneau de Mussy, en 1874, a observé chez un rhumatisant une hépatite compliquée d'ictère qui, après avoir traîné quelque temps, a cédé à une prise de calomel et de magnésie.

Dans ses leçons cliniques sur les maladies du foie, Murchinson, en 1878, cite une observation d'ictère par congestion hépatique consécutif à un rhumatisme articulaire aigu. « Cette congestion hépatique, dit-il, peut être d'origine mécanique liée à une affection valvulaire du cœur ; active, due à un refroidissement soudain ou prolongé ou à des poisons du sang ; passive, due à la constipation. »

Besnier mentionne des congestions liées aux cardiopathies et un ictère très rare survenant dans les cas excessivement graves.

Dès lors et à mesure que nous nous approchons de la période contemporaine, les travaux paraissent en très petit nombre sur les troubles hépatiques, qui tombent pour ainsi dire dans l'oubli.

Lambin et Lacot y Martinez ne les mentionnent même pas.

Homolle note simplement, et encore à titre exceptionnel, l'apparition d'un subictère précoce.

Cependant, en décembre 1887, Lemaistre Prosper publie dans le *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, une observation de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'ictère. Cet ictère fut traité sans aucune amélioration par le calomel et le bicarbonate de soude, et ne céda qu'après l'administration d'une très forte dose de salicylate de soude.

La même année, Lagout diagnostique une congestion du foie, sollicitée par le principe morbide rhumatismal, chez un sujet atteint de douleurs articulaires aiguës avec fièvre.

De nouveau la littérature médicale est silencieuse jusqu'en 1891, où paraît dans *Wiener Medizinische Wochenschrift*, un article de Leiblinger que l'on trouve

cité dans tous les ouvrages s'occupant de l'ictère rhumatismal. L'auteur essaye de démontrer que les symptômes de la maladie de Weil sont analogues à ceux que l'on observe dans une crise de rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'ictère, et il conclut, d'après de très nombreuses observations, que la maladie de Weil « apparaît comme un ictère par résorption, dans le cours du rhumatisme et non comme une maladie propre, *sui generis*, vu que ces deux états morbides sont identiques dans tous leurs stades, jusque dans le détail ». Il regarde donc l'ictère comme une véritable manifestation rhumatismale qu'il attribue à une altération de la composition chimique de la bile ou à l'inflammation de la muqueuse des canaux biliaires.

Archibald Garrod ne partage pas son opinion. Après avoir constaté que l'ictère se développe très rarement dans le cours de l'attaque rhumatismale, « si rarement qu'on se demande si ce n'est point une conséquence du refroidissement qui l'a provoquée, plutôt que de cette attaque elle-même » ; il ajoute : « Il ne faut pas oublier qu'il peut être un symptôme de l'endocardite ulcéreuse, et on peut attribuer son développement, dans le cours de l'attaque aiguë, à quelque complication maligne du côté du cœur. »

Lancereaux, en 1892, signale des hyperémies stasiques du côté du foie et prétend que « le foie est le meilleur criterium de l'insuffisance cardiaque ».

Deux ans après, Hanot, s'appuyant sur l'article de Leiblinger, écrit dans un numéro de la *Presse Médicale*, que l'ictère n'est pas rare dans le rhumatisme articulaire aigu.

Manquat, dans son *Traité de Thérapeutique*, en 1897, reconnaît au salicylate de soude la propriété de conges-

tionner le foie, et c'est précisément à cette congestion que Lépine (de Lyon) attribuait, en 1892, l'apparition de l'ictère chez des rhumatisants aigus, après la prescription de 5 grammes de salicylate de soude.

Mais Manquat admet cependant que « la plupart du temps il y a à l'ictère rhumatismal, qui n'est pas rare, une explication bien plus plausible : déglobulisation si marquée dans le rhumatisme.

» On sait, en effet, que lorsqu'il existe une grande quantité d'hémoglobine dans le sang, le foie fabrique une bile chargée de matière colorante, épaisse et visqueuse, susceptible d'amener une gêne dans l'excrétion biliaire et un ictère par une sorte d'autorétention. »

Pribram, en 1899, reprend le travail de Leiblinger, cite trois cas d'ictère rhumatismal, mais accorde une trop grande importance à l'influence du traitement.

Dans une observation de la thèse de Picard sur l'ictère émotif (1901), nous trouvons dans les antécédents de la malade une attaque de rhumatisme articulaire aigu qu'elle eut quatorze ans auparavant.

Tessier et Merklen constatent un léger degré de congestion hépatique chez certains rhumatisants aigus, congestion sous la dépendance de la dilatation cardiaque.

Tous les traités classiques les plus récents, nous l'avons déjà vu au début de notre travail, mentionnent à peine l'ictère, et il nous faut arriver au travail tout récent de MM. Gilbert et Lereboullet pour retrouver une mention sérieuse de troubles hépatiques en rapport avec le rhumatisme articulaire aigu.

Ils prétendent que l'enquête étiologique révèle presque toujours, chez les malades atteints de rhumatisme aigu, quelques antécédents biliaires personnels ou familiaux et

ils concluent à la possibilité de l'origine biliaire du rhumatisme articulaire aigu.

Le docteur Gaussel, chef de clinique de M. le professeur Grasset, se plaçant à un point de vue différent de celui de MM. Gilbert et Lereboullet, vient de publier, dans les *Archives générales de médecine*, une revue générale et une étude de l'ictère rhumatismal. Ce travail nous sera d'une très grande utilité, puisqu'il servira, pour ainsi dire, de charpente au nôtre.

Nous voyons donc, d'après l'exposé qui précède, que les troubles hépatiques au cours du rhumatisme articulaire aigu, sont connus depuis fort longtemps, puisque Bianchi signale le premier l'ictère en 1725, et que dans le cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, plusieurs observations sont déjà publiées. Mais c'est surtout dans la seconde moitié du siècle dernier qu'ils ont commencé sérieusement à prendre place dans la littérature médicale avec les travaux de Beau, Moinneret, Graves, Frerich, Baillet, Chauffart, Chatard, Fernet et Ball. Puis les travaux paraissent moins nombreux et espacés sur la question ; deux thèses sur les localisations digestives du rhumatisme articulaire aigu n'en font même pas mention.

Leiblinger les sort un instant de l'oubli, mais ils y retombent presque jusqu'à l'article de MM. Gilbert et Lereboullet.

Tout ceci, encore une fois, plaide en faveur du flair observateur de nos pères.

Les troubles hépatiques que nous avons mentionnés dans notre historique, sont : la congestion du foie, des infarctus du foie et surtout l'ictère.

La congestion et les infarctus du foie sont rares et dus à des lésions cardiaques concomitantes, nous ne

nous en occuperons pas. Quant à l'ictère, il fera l'objet d'une étude spéciale et nous nous inspirerons, pour ce faire, de l'article de MM. Gilbert et Lereboullet et de celui du docteur Gaussel.

**Symptômes de l'ictère rhumatismal.**— L'aspect clinique de l'ictère rhumatismal est variable ; mais le plus souvent il suit la marche que nous avons observée chez les deux malades traités au mois de janvier dans le service de M. le professeur Grasset.

Le sujet, habituellement jeune, a eu auparavant une ou plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu ; l'on relève aussi dans sa famille des antécédents rhumatismaux.

Il est atteint d'une crise polyarticulaire analogue à celles qu'il a eues antérieurement, peut-être un peu plus intense.

Successivement les genoux, les coudes de pied, les épaules, les poignets sont gonflés, rouges et douloureux ; le cœur présente un léger degré d'endocardite ; la fièvre est très élevée. Quelques jours après, le malade accuse un état très net d'embarras gastro-intestinal avec constipation et langue saburrale ; il n'a pourtant pas de vomissements. Parfois on observe vers la même époque une ou plusieurs épistaxis.

Au dix-septième ou vingtième jour de la maladie, alors que les symptômes douloureux commencent à s'atténuer, l'attention est attirée du côté des sclérotiques qui paraissent légèrement teintées en jaune. Le lendemain ou le surlendemain, l'ictère est très net : la coloration jaune est très marquée aux conjonctives et à la peau et une analyse d'urine révèle un excès d'urobiline et quelques pigments biliaires. Les selles sont légèrement décolorées. A

la palpation, le foie est un peu douloureux et à la percussion il paraît dépasser légèrement les fausses côtes.

Les jours suivants, l'ictère se fonce de plus en plus, cependant que les douleurs articulaires diminuent progressivement. La fièvre, très élevée au moment de l'apparition de l'ictère, décroît ensuite avec quelques irrégularités. Enfin, au bout de 5 à 15 jours, suivant les cas, l'ictère décroît à son tour, les sclérotiques restant toutefois un peu plus longtemps colorées que la peau. Les matières fécales redeviennent normales, les urines ne contiennent plus de pigments biliaires. Il n'est pas rare de voir alors réapparaître quelques douleurs articulaires, mais elles cessent rapidement et le malade est considéré comme guéri.

Telle est la marche typique de l'affection et il est bien évident que lorsque l'ictère revêt un semblable aspect clinique, l'on ne peut pas lui refuser le caractère rhumatismal.

Mais parfois, l'ictère n'évolue pas pendant le rhumatisme; on le note simplement dans les antécédents personnels du malade, très longtemps même avant la crise articulaire. Dans ces cas, nous croyons que l'ictère n'a rien de rhumatismal et nous sommes intimement convaincu que, chez la malade de MM. Gilbert et Lereboullet, qui, à dix-huit ans, eut un ictère et à trente et un ans une crise de rhumatisme articulaire aigu, aucune relation n'existait entre ces deux affections.

L'ictère peut faire défaut, ne pas se manifester, et cependant la cellule hépatique être même lésée, puisque nous trouvons alors dans les urines un grand excès d'urobiline et de son chromogène. Au mois de mars dernier, nous avons observé un cas de ce genre dans le service de M. le professeur Grasset.

**L'étiologie de l'ictère rhumatismal** se rapproche comme celle des autres troubles digestifs de l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu ; elle en diffère pour tant sur un point : celui des antécédents personnels et héréditaires.

Gilbert et Lereboullet prétendent que « l'enquête étiologique, pour peu que l'on interroge minutieusement le malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, sur lui-même et sur ses ascendants, permet de relever dans ses antécédents personnels et familiaux un ensemble de manifestations qui établissent les relations étroites des affections composant la *famille biliaire* et du rhumatisme articulaire aigu ». Nous ne partageons pas absolument leur opinion, parce que nous avons interrogé minutieusement tous les rhumatisants aigus qu'il nous a été permis d'observer, durant ces six derniers mois, et nous n'avons jamais trouvé la moindre trace d'antécédents biliaries. Mais si, chez beaucoup de rhumatisants aigus, l'on ne relève pas d'antécédents biliaries, il n'en est pas de même chez les malades dont le rhumatisme articulaire aigu est compliqué d'*ictère*.

Alors, l'on rencontre souvent dans les antécédents personnels ou héréditaires, de la *lithiase biliaire*, de l'*ictère calarrhal*, quelques-uns des symptômes de la *cholémie familiale* et parfois une de ces *pleurésies biliaries* que Gilbert et Lereboullet ont si bien décrites en 1901.

**Le diagnostic de l'ictère rhumatismal** est relativement facile. Il suffit de constater à la fois les symptômes du rhumatisme articulaire aigu et ceux de l'ictère, soit au même moment, soit à une époque relativement peu éloignée.

Si l'ictère est léger, il peut passer inaperçu ou être

confondu avec la teinte anémique des sujets atteints de rhumatisme aigu. Pourtant, comme le fait remarquer le docteur Gaussel, cette coloration n'est pas celle du subictère. Pour être sûr d'éviter une erreur, il faudra examiner les urines.

Enfin il est indispensable de s'assurer qu'il n'existe pas d'autres causes de l'ictère : émotion, lithiase ou autre, et surtout médication antérieure.

**Le pronostic** est habituellement bénin, sauf le cas où l'affection longtemps prolongée aboutit à l'insuffisance hépatique. Heureusement ces cas sont rares et la guérison est la règle.

Pourtant nous avons trouvé plusieurs cas de mort, occasionnée par d'autres complications rhumatismales ; ils vont nous permettre d'étudier les lésions de l'ictère rhumatismal.

**Anatomie pathologique.** — Dans le cas de Stoll, le foie était gros, rouge jaune, très lourd, résistant au scalpel. La vésicule biliaire contenait un peu de bile filante, très tenace et très jaune : les trois canaux d'évacuation étaient libres, la moindre pression suffisant à pousser la bile dans l'intestin.

Dans celui de Van de Keere, l'autopsie montra une rougeur intense de la veine-porte, depuis son embouchure dans le foie jusque dans ses dernières ramifications ; le foie présentait une coloration jaune pâle et la vésicule biliaire était distendue par une grande quantité de bile d'un jaune peu foncé.

Dans le cas de Gubler, l'on trouva un foie énorme débordant de beaucoup les fausses côtes. Il adhérait solidement de tous côtés aux organes environnants. Il présen-

tait une coloration jaune cire et une consistance ferme. A la coupe, la trame fibreuse paraissait hypertrophiée. L'examen microscopique révéla des cellules hépatiques distendues et déformées par des gouttelettes de graisse. La vésicule biliaire contenait une grande quantité de bile peu foncée.

Il est probable que le malade de Gubler avait son foie touché avant l'atteinte de rhumatisme aigu, qui, lui, n'est certainement pas capable de faire de telles lésions de sclérose et de dégénérescence graisseuse.

L'étude anatomique d'un cas de Gilbert et Lereboullet est beaucoup plus intéressant. Le foie était légèrement tuméfié, mais on ne constatait aucune lésion anatomique apparente.

« A l'examen histologique, le *foie*, tant en son lobe droit qu'en son lobe gauche, présentait des lésions manifestes au niveau des espaces porto-biliaires. Si certaines paraissaient de date récente et dues à l'infection terminale, d'autres étaient plus anciennes. Or, ces lésions récentes ou anciennes prédominaient sur les voies biliaires, et surtout sur les voies biliaires terminales. Si, en effet, l'on examine celles-ci, on les voit le plus souvent entourées d'un manchon plus ou moins épais de cellules embryonnaires (fig. 1), alors que rien de semblable ne se voit autour de la veine porte ou de l'artère ; il est même certains points (nous avons fait figurer les deux aspects) où le canal biliaire a disparu, sa place étant représentée par l'amas de cellules embryonnaires, au centre duquel on retrouve des vestiges de l'épithélium biliaire (fig. 2). En d'autres points, l'angiocholite, plus avancée et plus ancienne, a amené secondairement la compression des autres éléments de l'espace et notamment de la veine. En certains points enfin, il y a espace-portite totale. A ces

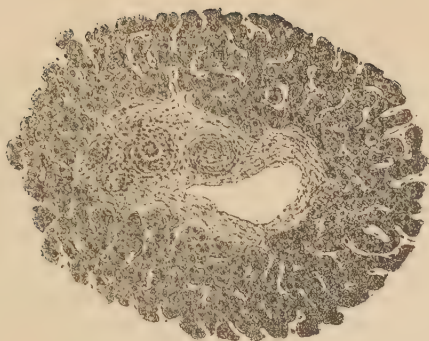


Fig. 1. — Rhumatisme articulaire aigu. Espace porte dont le canal biliaire enflammé est entouré de cellules rondes.

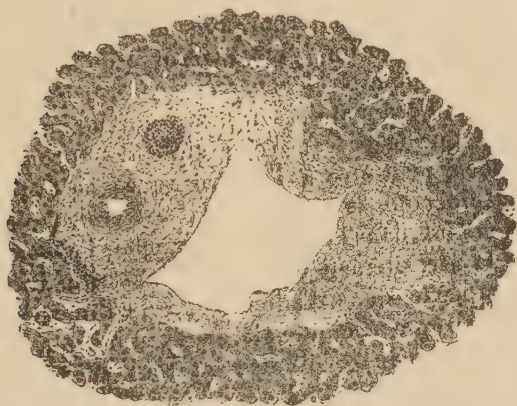


Fig. 2. — Rhumatisme articulaire aigu. Espace porte dont le canal biliaire enflammé a disparu; la place en est marquée par un amas de cellules rondes.  
(Gilbert et Lereboullet. *Presse médicale*, 1904.)



Fig. 3. — Rhumatisme articulaire aigu. Appendice dont les follicules et les lymphatiques sont enflammés; les follicules forment de petits abcès dont plusieurs tendent à s'ouvrir dans le canal appendiculaire.



lésions d'*angiocholite* se joignent des lésions moins accusées des voies biliaires plus importantes, dont la paroi conjonctive est épaissie et l'épithélium en partie desquamé. »

En somme, l'autopsie d'un sujet qui, durant sa maladie, a présenté de l'ictère rhumatismal, révèle macroscopiquement une légère augmentation du volume et du poids du foie, et microscopiquement des lésions très nettes d'inflammation des voies biliaires et, surtout, des voies biliaires terminales.

Pour résumer cette étude sur les troubles hépatiques du rhumatisme articulaire aigu, nous dirons que l'ictère est de beaucoup le plus fréquent et qu'il nous paraît avoir une origine franchement rhumatismale.

#### TROUBLES PANCRÉATIQUES

Nous n'avons pas pu suffisamment étudier les troubles pancréatiques en relation avec le rhumatisme articulaire aigu pour leur consacrer un chapitre. Nous dirons seulement que Gilbert et Lereboullet, à l'examen du pancréas de leur même malade, ont trouvé les canaux excréteurs, gros et petits, soit complètement oblitérés, soit comblés en partie par l'épithélium desquamé, et, en plus, un léger degré de sclérose.

## OBSERVATION X

Communiquée par le docteur Gausse

Françoise L..., 22 ans, ménagère, entre, le 7 janvier 1904, à l'Hôpital suburbain, dans le service de M. le professeur Grasset, salle Espéronnier, n° 12.

La malade raconte qu'elle est malade depuis onze jours. La maladie a débuté par une douleur dans l'épaule droite, puis elle a éprouvé des maux de reins, une douleur dans le bras droit; en présence de la généralisation de ces arthropathies, elle se décide à entrer à l'hôpital.

*Antécédents personnels.* — La malade a eu, à l'âge de 15 ans, une poussée de rhumatisme articulaire aigu, avec fièvre qui n'a laissé, après elle, aucun reliquat articulaire ou cardiaque. Elle nourrit actuellement un enfant de cinq mois; en très bonne santé; à aucun moment elle n'a présenté de symptômes de tuberculose, ni de blennorrhagie.

*Antécédents héréditaires.* — Mère rhumatisante, une sœur morte en bas âge, probablement de méningite, un frère en bonne santé.

Etat actuel, 7 janvier 1904.

La malade présente une polyarthrite très nette, frappant en ce moment l'épaule gauche dont les mouvements sont impossibles à cause de la douleur, le poignet gauche, l'épaule droite, et le cou-de-pied droit qui sont moins atteints. La fluxion articulaire est mobile, les articulations se sont prises successivement, la poussée se calmant un peu sur l'une pour se localiser sur une

autre. Il y a un peu de gonflement au niveau des articulations malades. Du côté de l'appareil circulatoire, on note un souffle léger au premier temps, à la pointe, qui fait songer à une légère endocardite. L'urine renferme de légères traces d'albumine. Du côté du tube digestif, la malade accuse un peu de constipation, la langue est légèrement saburrale, il n'y a pas eu de vomissements. <sup>12.1.</sup>  
<sup>12.2.</sup> La température est à 38°7 le jour de son entrée. Elle va plutôt en s'abaissant les jours suivants.

Le diagnostic : rhumatisme articulaire subaigu avec endocardite légère.

Traitement : régime lacté; salicylate de soude, 3 grammes.

Le 10 janvier, la malade a eu deux jours de suite une épistaxis légère, les épaules seules restent douloureuses, surtout l'épaule gauche, le thermomètre marque encore 38°. La sécrétion lactée ayant beaucoup diminué, son enfant est envoyé à la crèche pour y être nourri.

Ce même jour l'attention est attirée du côté d'un subictère apparent, surtout aux sclérotiques ; la malade ne se plaint d'aucun autre symptôme nouveau. Elle prend 0, 80 centigrammes de calomel.

11 janvier. — L'ictère est plus net, les conjonctives sont nettement ictériques, la coloration jaune de la peau se marque bien, les urines contiennent de l'urobiline en excès et quelques pigments biliaires.

Après l'administration de calomel, les selles ont été légèrement décolorées.

13 janvier : l'ictère persiste, la douleur de l'épaule gauche est moins vive, l'auscultation du cœur permet de constater toujours le souffle léger d'endocardite initiale. Il n'y a pas de souffle à la tricuspide.

Pas de bradycardie puisque le pouls est à 80 pulsations.

La tension prise avec le sphygmomanomètre de Potain est de 11 1/2. Pendant l'évolution de l'ictère, la fièvre oscille entre 37°5 et 38°.

La malade a continué à prendre le salicylate de soude après l'apparition de l'ictère à la dose de 3 grammes par jour.

Régime lacté absolu.

15 janvier. — L'ictère cutané a disparu, les sclérotiques sont encore un peu jaunes, les matières fécales sont normalement colorées, la malade n'accuse aucune démangeaison, la douleur de l'épaule gauche va en s'améliorant. La température reste à 37°.

20 janvier. — La malade se sentant mieux a voulu se lever ; le soir, la température monte de nouveau à 37°7 ; il y a réapparition des douleurs dans les épaules. Cet incident est vite calmé, l'ictère est guéri, les douleurs cessent rapidement, l'alimentation est reprise le 24 janvier.

M. le Dr Lagriffoul ayant fait à ce moment, c'est-à-dire après la guérison de l'ictère, la recherche de la séroréaction de Widal avec le sérum de cette femme, le résultat est négatif.

La sécrétion lactée n'a pas été tarie, malgré la fièvre et l'administration de salicylate de soude ; avant de sortir de l'hôpital, cette femme a recommencé à allaiter son enfant. Elle sort guérie le 5 février.

Temp.

Dates Janvier 1904

Observation X

41

13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

40

39

38

37

36





## OBSERVATION XI

(Communiquée par le Docteur Gausse)

Jeanne P..., 28 ans, cuisinière, entre le 14 janvier 1904, dans le service de M. le professeur Grasset, à l'Hôpital suburbain, salle Espéronnier, n° 2, pour un ictère remontant à 4 jours.

Cette femme est malade depuis une vingtaine de jours. Elle a d'abord eu une poussée de rhumatisme articulaire qui a débuté par les membres inférieurs, aux cous-de-pied, aux genoux et qui a frappé ensuite les épaules. A la douleur se joignait du gonflement aux articulations atteintes. La malade s'est soignée elle-même, sans le secours d'un médecin, en faisant des applications locales de teinture d'iode. Elle ne sait pas si elle a eu de la fièvre, la température n'ayant pas été prise. Elle n'a jamais eu d'angine. La poussée articulaire était déjà calmée, lorsque il y a quatre ou cinq jours, la malade a eu quelques frissons le soir; elle a souffert de l'hypocondre droit et, après quelques signes d'embarras gastrique, s'est installé un ictère pour lequel elle entre aujourd'hui à l'hôpital.

*Antécédents personnels.* — Rougeole à 12 ans. Rhumatisme articulaire à 23 ans, ayant duré plusieurs mois sans ictère, ni cardiopathie consécutive. La poussée actuelle de rhumatisme n'a été précédée d'aucun trouble digestif.

*Antécédents héréditaires.* — Mère rhumatisante, sans manifestations digestives ni hépatiques.

14 janvier. — Au moment de son entrée, la malade présente tous les signes d'un ictère par rétention.

Coloration caractéristique de la peau, des muqueuses, de l'urine. La langue est saburrale, il n'y a pas eu de vomissements. Le foie est un peu douloureux et dépasse légèrement les fausses côtes. Il n'y a jamais eu aucun signe de lithiasé biliaire chez cette femme. Les selles sont peu colorées. Du côté de l'appareil circulatoire on note une légère diminution du premier bruit à la pointe, mais pas de bruits anormaux. L'appareil circulatoire est normal, pas de démangeaisons, aucun phénomène d'ordre nerveux.

Du côté de l'appareil génito-urinaire on ne trouve aucun signe de blennorrhagie actuelle ou passée ; l'analyse des urines le jour de l'entrée donne les résultats suivants :

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| Quantité . . . . .  | 950 cc.   |
| Urée . . . . .      | 17 gr. 00 |
| Chlorures . . . . . | 3 gr. 50  |

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Eléments anormaux. . . . . | { Ni albumine ni sucre. |
|                            | { Pigments biliaires.   |

*Diagnostic.* — Ictère consécutif à une poussée de rhumatisme articulaire.

*Traitement.* — Régime lacté, le premier jour purgation avec 0,80 centigr. de calomel, les jours suivants une cuillerée à café matin et soir du mélange laxatif suivant :

|                               |   |                   |
|-------------------------------|---|-------------------|
| Bicarbonate de soude. . . . . | { | à parties égales. |
| Sulfate de soude . . . . .    |   |                   |

De plus, elle prend une potion avec 2 grammes de salicylate de soude.

24 janvier. — Aucun incident dans l'évolution de cet ictère, qui ne cède pas comme intensité.

La malade se plaint de démangeaisons par tout le corps surtout aux jambes ; même régime, même traitement.

Temp

Dates Janvier 1904

Observation XI

41

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

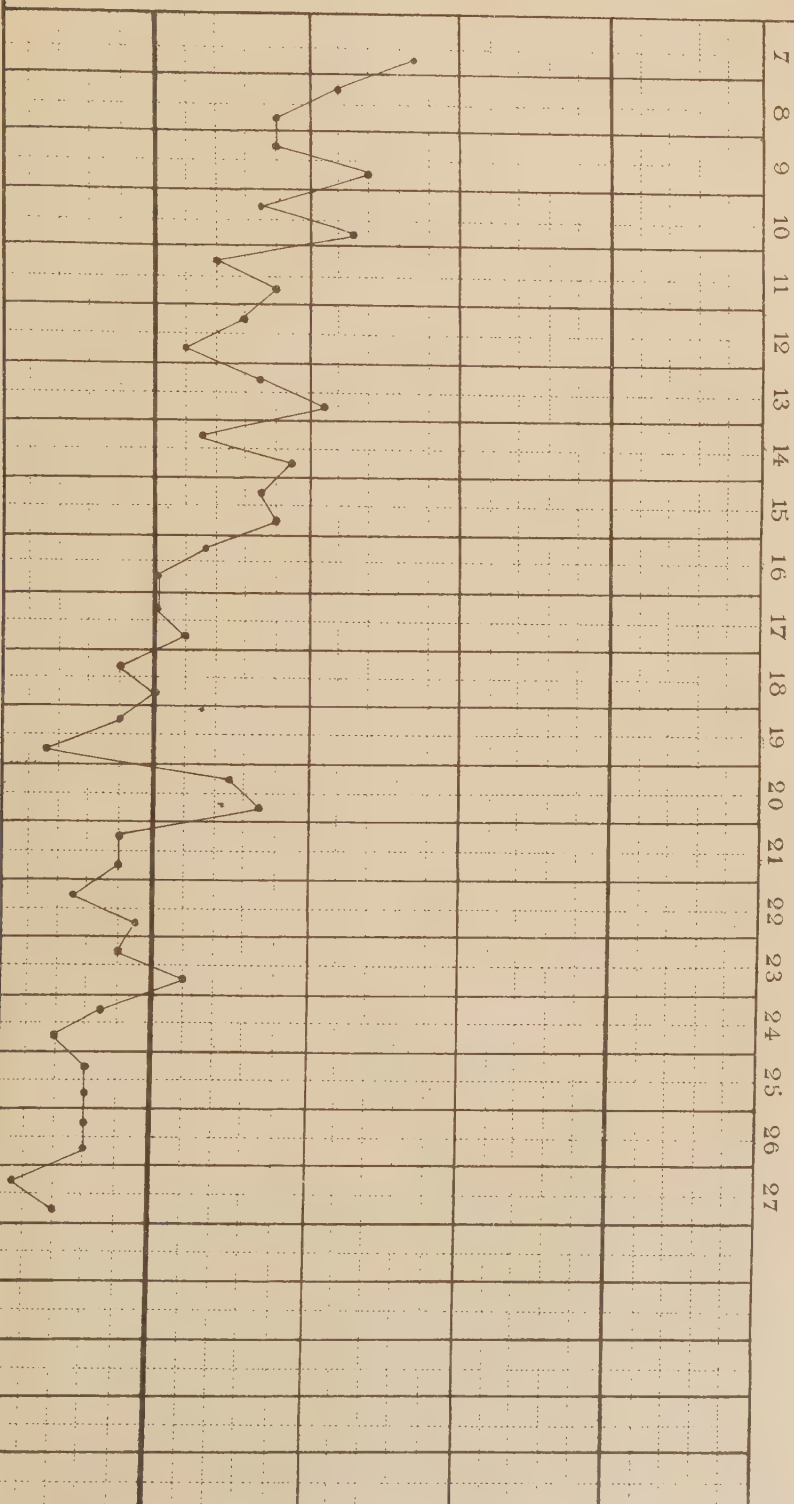
40

39

38

37

36





26 janvier. — Purgation avec 0,75 centigr. de calomel, l'ictère est toujours très intense.

La séroréaction de Widal avec le sérum sanguin de cette malade donne un résultat positif au vingtième.

Dans les premiers jours de février l'ictère est encore très marquée.

Le pouls est lent et bat seulement 54 pulsations par minute. A cette bradycardie se joint de l'hypotension ; le sphymomanomètre de Potain donne seulement 13° de tension.

7 février. — La coloration de la peau est moins marquée, la bile a repris son cours dans l'intestin et colore les matières fécales, la malade est faible mais ne présente aucun trouble particulier des différents appareils.

10 février. — Elle commence à s'alimenter un peu (purées et œufs).

15 février. — Les urines sont assez abondantes, la coloration de la peau est normale, les conjonctives sont encore un peu jaunes, l'urine renferme un léger excès d'urobiline, mais ne contient plus de pigments biliaires.

Le 23 février. — La malade peut être considérée comme guérie.

## OBSERVATION XII

Le 1<sup>er</sup> mars 1904, G..., François, cultivateur, âgé de 27 ans, entre dans le service de M. le professeur Grasset, salle Fouquet, n° 17.

*Antécédents personnels.* — Aucune maladie antérieure. Mais on relève un certain degré d'éthylisme. Le malade

buvait habituellement 2 litres  $1/2$  de vin par jour, parfois de l'absinthe et un peu de rhum, mais rarement. En somme, très peu d'alcool en dehors du vin.

*Antécédents héréditaires.* — Père âgé de 76 ans, en bonne santé. Mère a eu quelques attaques de rhumatisme. Sœur en bonne santé.

Début de la maladie actuelle il y a sept jours par des douleurs aux genoux, puis au cou-de-pied, enfin aux membres supérieurs, épaules, coude, poignet.

A son entrée à l'hôpital, le 1<sup>er</sup> mars, le malade se plaint surtout d'une douleur siégeant dans la région cervicale de la colonne vertébrale. Il ne peut remuer la tête pour les moindres mouvements de dénégation; la flexion est également impossible, la pression sur la colonne cervicale est douloureuse. Au niveau des autres articulations, on ne trouve ni rougeur, ni tuméfaction, et, à la pression, le malade accuse relativement peu de douleur.

Sueurs profuses. Rien aux différents appareils. T. 39°2.

On pose le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et on prescrit 4 grammes de salicylate de soude.

Le 2, les douleurs cervicales persistent, mais avec un peu moins d'intensité. T. matin 38°4, soir 38°9.

Le 3. — Les genoux et les cou-de-pied redeviennent douloureux, cependant que la colonne cervicale est toujours très sensible à la pression. La température baisse, 38° 2, matin et soir.

Le 4. — Même état, même température.

Le 5. — Le malade ne souffre plus des jambes, mais il accuse de nouveau des douleurs tout le long des bras surtout au niveau des articulations, qui sont toutes atteintes à gauche, tandis qu'à droite, l'épaule et le poignet sont seuls douloureux.

Temp

Dates Février 1904

Observation XII

41

29 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27

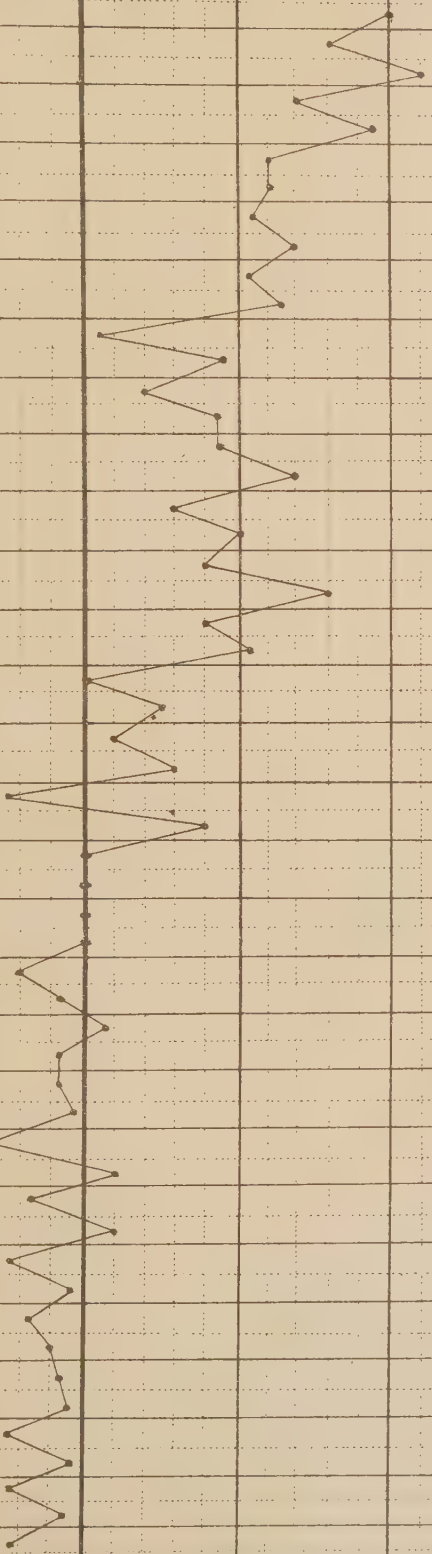
40

39

38

37

36





La localisation vertébrale persiste toujours ; il y a de la raideur, impossibilité de tourner la tête, mais pas d'opisthotonos. La douleur est principalement accusée au niveau de la première vertèbre cervicale et dans les masses musculaires de la nuque. Sueurs très abondantes, fièvre  $38^{\circ} 1$ ,  $38^{\circ} 3$ .

Le 6 au matin. — La fièvre tombe, les douleurs s'amendent ; mais le soir, la température remonte à  $37^{\circ} 9$  et le 8 atteint même  $38^{\circ} 5$ . Une analyse d'urine pratiquée alors révèle l'existence d'un grand excès d'urobiline et de son chromogène ; le chiffre de l'urée était excessivement augmenté : 70, 93, tandis que celui des chlorures était très diminué : 2,05 pour une quantité de 2 litres 50 cc. Cette analyse d'urine attire l'attention du côté du foie que l'on trouve douloureux, à la pression, le 10 au matin. Les douleurs de la colonne cervicale, des membres supérieurs et inférieurs persistent toujours.

A partir du 11, la température décroît progressivement, tandis que les douleurs rhumatismales s'atténuent.

Le 15. — Plus de fièvre, légères douleurs dans la région cervicale, qui reste encore sensible jusqu'au 22.

Le 27. — Le malade sort guéri.

### OBSERVATION XIII

(Chatard. — *Union Médicale de la Gironde*, juillet 1863)

R... Paul, demeurant rue d'Arnal, occupé au pavage de la ville.

Cet homme, qui est d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne santé habituelle, me raconte que

précédemment, il y a un an environ, il a ressenti, dans les épaules et le genou gauches, des douleurs assez intenses qui augmentaient d'intensité chaque fois que le temps menaçait pluie. Ces douleurs ont disparu peut-être sous l'influence de quelques bains sulfureux.

Il y a deux jours, il a été pris de douleurs vives dans les deux pieds, avec fièvre et impossibilité absolue de marcher. Il me fait appeler le 15 novembre 1862.

Je constate alors un gonflement assez considérable de l'articulation tibio-tarsienne droite avec rougeur et chaleur à la peau. L'article est le siège de douleurs légères et très supportables quand le membre est au repos, mais devenant très vives quand le malade fait quelques mouvements. L'articulation calcanéó-astragalienne gauche est manifestement le siège de la même affection. La douleur n'augmente pas par les mouvements de la totalité du pied, mais bien quand le malade appuie le talon sur le sol ; il ressent une douleur très intense, étendue suivant une ligne transversale et correspondant à l'articulation susnommée. Avec cela le pouls est fréquent (106), la peau chaude, halitueuse, et la soif vive. L'appareil digestif est normal ; seulement je constate au-dessous de la langue et sur le voile du palais une coloration jaune inaccoutumée, que l'on retrouve sur les sclérotiques et les ailes du nez. La même coloration existe sur toute la surface du corps, mais à un plus faible degré.

*Traitement.* — Frictions sur les articulations malades avec teinture d'iode. Alcalins à haute dose, 5 milligrammes de vératrine.

Le lendemain les articulations ne sont plus douloureuses, mais l'état général s'est évidemment aggravé, Ainsi, le pouls est irrégulier, intermittent, fréquent ; au cœur, on entend un bruit de souffle râpeux, ayant son

maximum d'intensité au-dessous et au-dedans du mamelon. Il n'y a pas de matité.

La peau est complètement jaune, de même que les sclérotiques ; en même temps elle est le siège d'une grande démangeaison. La soif est vive, l'appétit nul. Il y a eu une selle solide. Pas de douleurs à l'épigastre, pas de nausées, pas d'enduit saburral trop prononcé. *J'examine attentivement la région du foie et n'y trouve rien d'anormal.*

Bicarbonate de soude, 24 grammes dans un litre d'eau ; vératrine, 0,01 c. en 2 pilules.

Le 17. — L'état général est meilleur, le pouls est moins fréquent, toujours irrégulier cependant ; le bruit du souffle me paraît moins intense. La teinte jaune de la peau est plus pâle, la démangeaison moins vive.

Le malade a uriné en très grande quantité. Même état des articulations avec cette particularité que le poignet est tuméfié et un peu douloureux.

Traitement : *ut supra*.

18. — La couleur jaune a encore diminué, plus de démangeaisons. Deux selles dans la matinée. Les urines sont très abondantes, foncées, et contiennent, à coup sûr, de la matière colorante de la bile. Le pouls s'est régulisé, il est à 90.

Bicarbonate de potasse, 24 grammes. Vératrine, 8 milligrammes.

20. — Depuis deux jours tous les symptômes se sont amendés ; les articulations ne sont presque plus douloureuses et l'ictère va en pâlisant.

Même traitement.

24. — L'ictère a presque disparu, ainsi que les douleurs ; le pouls est à 82.

Je cesse la médication alcaline. Vératrine, 0,02.

27. — Je puis considérer le malade comme guéri ; cependant l'articulation tibio-tarsienne est encore tuméfiée et la marche réveille dans l'articulation calcanéo-astragalienne gauche une petite douleur.

Deux bains sulfureux.

1<sup>er</sup> décembre.— Le malade est complètement guéri, il n'y a plus de trace d'ictère.

#### OBSERVATION XIV

(Murchinson. — *Maladies du foie*, traduction Cyr, 1878.)

Jeanne G..., âgée de 30 ans, fut admise au Middlessex Hospital, le 2 avril 1868.

Elle avait été déjà, du 28 janvier au 7 mars, dans la salle Seymour pour un rhumatisme articulaire aigu avec péricardite.

Après avoir quitté l'hôpital, elle avait éprouvé de la faiblesse et des douleurs rhumatismales ; mais peu à peu, elle s'était trouvée mieux jusqu'au 26 mars, où elle fut prise de douleur dans la région du foie, en arrière et en avant ; le 28, cette douleur était devenue plus intense et elle fut suivie le lendemain de nausées, de vomissements, de flatulence, et, le 30, d'ictère. Les vomissements ne durèrent qu'un jour, mais l'ictère et la douleur continuèrent à augmenter.

A son entrée, ictère très marqué de toute la peau et des conjonctives ; la malade souffre beaucoup dans l'épigastre et dans l'hypochondre droit ; la douleur s'étend jusqu'à l'épaule droite et au bas du dos ; elle augmente considérablement quand on presse au-dessous des côtes

droites et aussi quand la malade est couchée sur le côté gauche, ce qui, dit elle, lui coupe toujours la respiration. L'aire de la matité hépatique était augmentée : cinq pouces un quart sur la ligne mammaire droite et dépassant d'un pouce le rebord costal. Urine acide et foncée, renfermant une proportion considérable de pigment biliaire. Langue épaisse ; pas d'appétit ; il y a eu une bonne purgation avec la poudre de Jalap composée, que la malade avait prise la veille de son entrée. Bile en abondance dans les matières. Pouls à 96 et température à 37°7.

Ventouses sèches sur toute la région hépatique et ensuite cataplasme de farine de lin ; potion au sulfate de magnésie et au séné, et mixture diurétique contenant du bitartrate de potasse et de l'éther nitreux. Diète lactée et thé de bœuf.

Le lendemain matin, les règles apparurent pour la première fois depuis près de quatre mois que durait la maladie ; garde-robes bilieuses, fréquentes ; douleur et sensibilité de la région hépatique considérablement diminuées.

Le 8 avril. — La malade ne souffrait plus et l'ictère était à peine sensible. Mixture d'acide nitrique et de gentiane ; un peu de poisson.

Le 13. — Il n'y a plus trace d'ictère ; la matité hépatique sur la ligne mammaire droite n'est que de quatre pouces ; pas de sensibilité au-dessous des côtes droites. Le lendemain, la malade quitte l'hôpital.

## OBSERVATION XV

(Lemaistre Prosper.— *Journal de la Société de Médecine de la Haute-Vienne*, 1887.

Observation de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'ictère,  
guéri par le salicylate de soude.

M..., employé des postes, 27 ans, d'une famille de rhumatisants, gros, replet, d'un tempérament lymphatique. d'une bonne santé habituelle, a eu toutefois quelques accès de fièvre intermittente; est atteint, le 24 mai 1887, d'un léger mal de gorge de quelques jours de durée qu'il supporte sans cesser ses occupations. Bientôt ce mal disparaît et une violente douleur de côté se manifeste; la fièvre se déclare et le malade s'alite.

A ma première visite, je constate au niveau du point douloureux, à la base du poumon gauche, quelques râles sous-crépitaux; je crois à l'invasion d'une pleurésie dans le courant d'une grippe.

Cependant, je n'observe aucun souffle, aucune matité, pas la moindre égophonie, et je traite par l'émétique, le kermès, des cataplasmes laudanisés, des mouches de Milan et du sulfate de quinine, ayant cru reconnaître une légère intermittence, une sueur assez abondante qui l'affaiblit beaucoup; le malade est pris subitement d'une violente douleur au niveau du grand trochanter gauche, à l'insertion du grand fessier.

Ce déplacement du mal; au cou, à la poitrine, à la cuisse, me suggère l'idée du rhumatisme et je reviens à l'émétique. Je mets des anodins *loco dolenti* et commence bientôt le salicylate de soude: 3 grammes par jour en 100 grammes de véhicule, et cela durant un septenaire.

J'obtiens d'abord des évacuations abondantes avec le tartre stibié, mais, et malgré le salicylate de soude et la tisane de frêne, je vois le rhumatisme suivre toutes les articulations, tantôt du membre inférieur droit, tantôt du gauche, atteindre bientôt les épaules, surtout la droite, les poignets, le coude et le cou et produire un fort épanchement de synovie dans les deux genoux, que je combats, mais en vain, par force mouches et vésicatoires.

L'affection a présenté par excellence la forme migratrice, aujourd'hui une articulation est prise, demain c'est une autre, le surlendemain c'est la première qui est reprise à son tour après avoir été laissée.

Jamais je n'aurai affaire à une forme rhumatismale mieux caractérisée. Ayant remarqué la température plus élevée le matin que le soir, de 40 à 38, je reprends inutilement la quinine et vois apparaître un ictère ; je fus très surpris, j'en conviens, et fort peu tranquilisé par cette évolution d'un ictère dans le courant d'un rhumatisme. Était ce bien un ictère arrivant au vingtième jour d'une affection articulaire ? Ne serait-ce pas une teinte subictérique dépendant d'accès intermittents larvés ? La sclérotique est cependant très jaune, et les urines franchement ictériques, tachant le linge, sont d'une couleur brun verdâtre comme l'eau de lessive.

Je donne du calomel sans modifier en rien l'état général, je donne plusieurs jours de suite 10 grammes de bicarbonate de soude en un litre de tisane.

Rien n'y fait, la langue se sèche, l'appétit est complètement perdu, la soif est vive ; un peu de subdelirium deux nuits de suite, mais très fugace. J'ai des craintes sur l'issue de la maladie ; cependant aucun des organes ne me paraît profondément altéré. Tous les jours j'examine attentivement et le cœur et les poumons : je ne trouve

absolument rien ; le ventre reste toujours souple sans douleur dans la fosse iliaque, sans jamais avoir offert de taches lenticulaires ; les urines, parfois sédimenteuses, n'offrent à l'examen aucune trace d'albumine, quoique les pieds aient paru gonflés.

Pensant toujours avoir affaire à un rhumatisme, je reviens au salicylate de soude, mais administré dans une plus grande quantité de véhicule que la première fois et à plus haute dose : cinq grammes pour un litre de tisane.

Dès la nuit suivante, 17 juin, des sueurs profuses se manifestent, tout le corps et la figure, surtout, en sont inondés et deux femmes sont occupées nuit et jour à lui éponger la face avec des mouchoirs et à lui changer de linge ; les sueurs, du reste, n'ont aucune odeur fétide, aucune odeur désagréable. Dès lors, toute douleur cesse ; le mal en trois jours, est comme jugulé : la langue devient humide ; l'appétit revient et le malade se rétablit complètement en peu de temps, conservant néanmoins un râle muqueux à la base du poumon gauche, râle qui existe encore trois mois après.

## OBSERVATION XVI

(Gilbert et Lereboullet. — *Presse médicale*, 16 janvier 1904)

Un cas bien net à cet égard, est celui d'un jeune homme de 16 ans  $1/2$  que nous avons observé l'an dernier ; il présentait des antécédents familiaux cholémiques et rhumatismaux, et avait eu lui-même, trois ou quatre ans auparavant, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu léger ; l'attaque qui l'amenait à l'hôpital remontait à

huit jours environ, et, quoique relativement modérée, frappant presque exclusivement les tibio-tarsiennes et les gaines adjacentes, s'accompagnait d'une fièvre assez élevée. Le jour de son entrée, le malade fit une poussée d'*érythème polymorphe* que l'examen permit de constater, en même temps qu'il révéla un *ictère* évident, quoique léger, avec imprégnation des conjonctives, et avec cholurie légère; le sérum était fortement bilieux. Les jours suivants, sous l'influence du traitement salicylé, les douleurs articulaires disparurent, puis le traitement ayant été par erreur suspendu vingt-quatre heures, les douleurs réapparurent, les articulations du poignet se prirent, et l'on vit apparaître les signes manifestes d'une légère endocardite mitrale; le souffle systolique mitral devint ultérieurement plus net, tandis que les douleurs cédaient à nouveau au salicylate. En même temps, l'*ictère* s'atténua et disparut, et, lorsque le malade quitta prématurément l'hôpital, il n'avait plus que le teint jaunet qu'il présentait ultérieurement à son attaque rhumatismale.

## OBSERVATION XVII

Gilbert et Lereboullet. — *Presse Médicale*, 16 janvier 1904

Il s'agit d'un malade, âgé de 27 ans, dont, à propos de la pleurésie droite antécédente, nous avons déjà dit un mot. Ce malade avait, par son anémie, le facies classique du rhumatisant; mais, en même temps, présentait des taches de rousseur abondantes révélatrices chez lui de la cholémie antécédente. Il était atteint de rhumatisme articulaire aigu fébrile paraissant d'intensité

moyenne. Son examen permit, en outre, de constater une hypertrophie légère du foie et de la rate, des urines rares et urobiliniques, un sérum bilieux. Il mourut subitement peu après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, outre les lésions cardiaques d'endocardite mitrale et aortique, outre les lésions pleuro-pulmonaires qui ne s'accompagnaient pas de tuberculose et étaient celles d'une pleurésie rhumatismale avec exsudation fibrineuse remarquablement intense, on constata la tuméfaction légère du foie pesant 1.780 grammes, sans lésions macroscopiques appréciables et l'hypertrophie de la rate pesant 340 grammes. L'appendice, le pancréas, paraissaient normaux; mais l'examen microscopique révéla des lésions évidentes.

---

## CHAPITRE IV

### PATHOGÉNIE DES TROUBLES DIGESTIFS DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Après le long exposé qui précède, il nous paraît impossible de ne pas admettre l'existence des troubles digestifs en relation intime avec le rhumatisme articulaire aigu. Nous avons vu des vomissements, de la diarrhée, de la dysenterie, de l'ictère survenu au début, au cours, au déclin d'une crise polyarticulaire aiguë franchement rhumatismale. Nous allons étudier maintenant les liens qui unissent le rhumatisme aux troubles digestifs qui parfois le compliquent.

Pour faire d'une façon complète l'étude pathogénique de ces troubles digestifs, il nous faudrait d'abord exposer tout le cours de l'évolution des idées sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. Le faire serait sortir de notre sujet et entreprendre, ce nous semble, une nouvelle thèse. Nous nous contenterons donc d'éclaircir les quelques points de cette pathogénie qui nous paraissent les plus intéressants, c'est-à-dire ceux qui peuvent à eux seuls expliquer à la fois le rhumatisme articulaire aigu et ses troubles digestifs.

Nous devons tout d'abord écarter l'idée de pure coïncidence que certains ont pourtant émise, entre autres

Collin, pour la dysenterie; et avec Graves et Chatard, nous sommes persuadé que les faits sont suffisamment nombreux pour qu'il nous soit impossible d'admettre qu'un pur effet du hasard ait réuni au même moment chez le même individu des troubles digestifs et des troubles articulaires. Nous devons expliquer cette coïncidence et pour ce faire, nous rejetterons également l'opinion de Sydenham, qui, ne pouvant expliquer l'arthrite dysentérique, invoquait l'existence de « jeu de la nature, surpassant de beaucoup notre intelligence ».

Ces deux explications de coïncidence et de jeu de la nature sont trop peu scientifiques pour que nous les admettions et, comme le dit très bien le docteur Gaussel, ce serait trop simple de les « appliquer à beaucoup de complications rares, au cours de maladies, toutes les fois que la genèse n'en est pas absolument démontrée ».

Enfin nous éliminerons aussi l'explication médicamenteuse que nous avons d'ailleurs déjà discutée à propos du diagnostic. Il est évident que certains médicaments et surtout le salicylate de soude peuvent occasionner des troubles du côté de l'appareil digestif; mais il ne faut pas généraliser, car souvent les troubles digestifs apparaissent avant tout essai de médication.

L'explication du « locus minoris resistentiæ » (de la Tribouille), est en partie exacte, mais ce n'est qu'une explication détournée qui nous montre pourquoi dans certaines circonstances le rhumatisme frappe certains organes en état de moindre résistance, mais qui ne nous démontre nullement comment le rhumatisme frappe ces organes.

On a à tour de rôle invoqué, pour expliquer la nature rhumatismale de ces troubles digestifs, la métastase ou transport de la matière morbifique des articulations dans

différents points de l'appareil digestif : l'absorption purulente, théorie qui se rapproche de la précédente ; la congestion, qu'elle soit mécanique ; active ou passive ; l'embolie, etc., etc. Ces diverses théories pathogéniques, nous les avons vues exposées par divers auteurs dans le cours de notre historique ; elles ne nous arrêteront pas ici, parce qu'elles nous paraissent insuffisantes à expliquer d'une façon générale les troubles digestifs rhumatismaux.

Le rhumatisme articulaire aigu étant aujourd'hui considéré à peu près universellement comme une maladie générale infectieuse, il nous paraît plus logique ou tout au moins plus attrayant d'assimiler les troubles digestifs qui le compliquent à ceux qui accompagnent parfois d'autres maladies infectieuses.

Si nous admettons la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu, ne sera-t-il pas plus simple, plus attrayant, je le répète, de dire que le même microbe qui occasionne les troubles articulaires est cause également des troubles digestifs ?

Quelles preuves avons-nous qui puissent nous amener à admettre la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu ?

Le microbe en est, il est vrai, considéré comme inconnu ; la contagiosité douteuse ; mais son allure clinique, les phénomènes généraux qui l'accompagnent, plaident suffisamment en faveur de la nature microbienne. L'allure clinique surtout, si bien qu'Hanot, en 1894, écrivait dans la *Presse Médicale* : « La clinique seule permet jusqu'à présent de considérer comme très probable la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu. »

En effet, comme les sujets atteints d'infections fran-

chement infectieuses, le rhumatisant aigu se plaint d'une courbature généralisée ; il a des frissons, de la fièvre et souvent une angine au début.

Son facies est pâle, anxieux, ses traits sont tirés, ses narines pulvérulentes et sa langue fortement saburrale indique parfois un certain degré d'embarras gastrique. Preuve que l'infection est même très intense, les urines sont rares et albumineuses, les viscères thoraciques et abdominaux peuvent être atteints, et longtemps après la guérison, le malade reste profondément anémié.

Voilà autant de preuves cliniques en faveur de la nature microbienne du rhumatisme articulaire aigu.

Le laboratoire en fournit aussi et Malassez a constaté une diminution considérable des globules rouges, tandis qu'Hayem trouvait une augmentation des blancs.

Enfin, comme preuves étiologiques, Mantle, en 1886, signale des épidémies de rhumatisme articulaire aigu ; Feltkamp et Friedlander des cas de contagion à l'hôpital ; Edlefsen des épidémies de maison ; Pocock et Schœfer deux cas de transmission de la mère au fœtus, et Thorresen des cas de transmission par tierces personnes.

Nous le voyons donc, nous pouvons considérer le rhumatisme articulaire aigu comme une maladie franchement infectieuse. Dès lors, pourquoi refuser, au moins en partie, au rhumatisme articulaire aigu la spécificité de ses atteintes digestives, puisque ces atteintes digestives sont elles-mêmes une preuve de plus en faveur de la nature microbienne du rhumatisme articulaire aigu.

Par conséquent, il nous est fort simple de supposer que le même microbe qui lèse les autres articulations puisse également léser l'estomac, le foie ou l'intestin tout aussi bien qu'il lèse le cœur ou le péricarde. Mais aucun argument décisif ne peut nous prouver, à l'heure actuelle, que

les éléments de complications digestives ou cardiaques sont toujours de même essence que le rhumatisme articulaire aigu. Ici, comme pour les fièvres éruptives, dont le germe spécifique n'est pas connu davantage que celui du rhumatisme articulaire aigu, nous devons distinguer avec Triboulet et Coyon les rhumatismes vrais infectieux simples et les rhumatismes vrais infectieux infectés.

Mais, tandis que ces auteurs pensent que le rhumatisme fait ses complications viscérales précisément grâce à la facilité avec laquelle il se double d'infections secondaires et, par conséquent, admettent que les complications viscérales sont toujours dues à des microbes secondaires, nous croyons que les complications viscérales et, dans l'espèce, les troubles digestifs, peuvent être occasionnés à la fois par le microbe spécifique inconnu du rhumatisme articulaire aigu et par des microbes d'infection secondaire. Pourquoi ce microbe inconnu n'aurait-il pas les mêmes droits que les autres ?

De nombreuses recherches bactériologiques ont été faites en vue de découvrir ce microbe inconnu : Klebs (1871), Wilson (1885), Mantle (1887), Popoff (1887), Bordas (1890), Achalme (1891), Triboulet (1897), ont décrit des monades, microcoques, diplocoques, un bacille spécifique ; Guttman (1886), Birch-Hirschfeld, Bouchard et Charrin, Triboulet (1891, 1900), Sahli (1892), de Saint-Germain (1893), ont trouvé des microbes vulgaires : pneumocoque, streptocoque, staphylocoque blanc ou doré.

De toutes ces espèces microbiennes, le bacille d'Achalme, le diplocoque de Triboulet et le staphylocoque ont été surtout observés ; mais, de ces trois microbes,

le staphylocoque est de beaucoup celui qui a été rencontré avec le plus de fréquence.

Triboulet lui-même, en 1892, a envisagé le rôle possible des staphylocoques dans la pathogénie du rhumatisme. Si avec lui, nous admettons un instant cette possibilité, nous n'avons dès lors plus besoin d'expliquer les troubles digestifs par une infection secondaire, puisque ce staphylocoque que nous trouvons dans la gorge, l'intestin ou le foie, nous le retrouvons également dans l'articulation. En un mot le staphylocoque jouerait à lui seul dans l'évolution du rhumatisme et de ses complications viscérales, le double rôle de microbe d'infection première et d'infection secondaire.

Tout cela, nous ne pouvons pas l'affirmer avant d'avoir des preuves bactériologiques plus concluantes ; mais il ne paraît pas ridicule de soutenir cette hypothèse.

Il n'existe pas de microbes strictement spécifiques, je veux dire se localisant sur un seul système de l'économie. Le bacille de Koch peut frapper d'autres organes que le poumon ; le bacille de Neisser ne se localise pas simplement sur l'urèthre. Pourquoi vouloir cantonner le microbe inconnu du rhumatisme articulaire aigu dans le système articulaire ? L'arthrite tuberculeuse et l'arthrite blennorrhagique sont dues à des microbes qui, siégeant autre part dans l'économie, vont se localiser sur une articulation, parce que cette articulation, de par un traumatisme ou une cause prédisposante, est un lieu de moindre résistance.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le rhumatisme articulaire aigu, que son microbe soit un microbe vulgaire ou un microbe propre ? Pourquoi, par exemple, ce staphylocoque que l'on trouve si souvent dans la gorge au début d'un rhumatisme articulaire aigu ne serait-il

pas capable de pénétrer dans l'organisme et de se localiser sur un système articulaire prédisposé par la diathèse arthritique ?

Or, les angines sont très fréquentes au début du rhumatisme articulaire aigu ; il nous est donc permis de supposer, jusqu'à preuve du contraire, que ces angines ne sont pas le simple résultat d'une infection secondaire développée au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, car alors on les observerait avec moins de fréquence, mais sont bien liées au développement du rhumatisme articulaire aigu lui-même.

Et comme chez certains malades qui n'ont pas d'angine au début de leur crise articulaire, nous observons parfois quelques-uns des troubles digestifs que nous venons de passer en revue, je crois qu'il nous est encore permis de supposer qu'il existe une relation très étroite entre le rhumatisme articulaire aigu et les troubles digestifs qui le compliquent. Relation si étroite que nous ne sommes pas loin de partager l'opinion de MM. Gilbert et Lereboullet sur l'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu. Nous en différons cependant en plusieurs points. Et d'abord, ces auteurs ne s'occupent pas de la porte d'entrée : estomac et intestin ; et pourtant, nous l'avons vu, ces organes sont assez souvent lésés. Puis, comme nous l'avons déjà dit, ils font remonter quelquefois trop haut cette origine digestive.

Enfin, ils trouvent toujours une trace de la porte d'entrée digestive. Nous admettons au contraire que parfois le tube digestif reste indemne ; dans ces cas, c'est que la lésion occasionnée par l'entrée du microbe au niveau du tube digestif a été insignifiante, celui-ci ayant admirablement résisté, et qu'au contraire les articulations prédisposées par la diathèse, se sont lais-

sées envahir par le microbe du rhumatisme. Peu importe, d'ailleurs, que ce microbe soit spécifique ou non, mais encore une fois l'hypothèse d'un microbe vulgaire d'infection, nous sourit davantage.

Nous expliquons donc les troubles digestifs du rhumatisme articulaire par la nature infectieuse de cette affection, et nous sommes tout disposé à admettre que le microbe du rhumatisme articulaire aigu pénètre dans l'organisme par l'intermédiaire des voies digestives.

---

## CONCLUSIONS

1° Les troubles digestifs en relation avec le rhumatisme articulaire aigu sont plus fréquents que ne le disent les auteurs classiques ; les anciens surtout les ont souvent observés.

2° Ces troubles frappent tout l'appareil digestif et même ses annexes. Le pharynx, l'estomac, les intestins, le foie principalement et le pancréas peuvent être atteints.

3° On peut se demander si beaucoup d'arthrites dysentériques ne sont pas simplement du rhumatisme articulaire aigu compliqué de dysenterie ou de diarrhée dysentérique, ou réciproquement.

4° Tous ces troubles digestifs viennent bien à l'appui de la théorie infectieuse du rhumatisme articulaire aigu, déjà soupçonnée depuis longtemps.

5° Il est même permis de supposer que le microbe inconnu du rhumatisme articulaire aigu pénètre par le tube digestif, qu'il peut léser de diverses façons ou laisser quelquefois intact, quand il oppose une résistance suffisante.

---



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE CHRONOLOGIQUE

- HIPPOCRATE. — Pronontions Coaques, p. 453.  
— Traité des humeurs.  
COELIUS AURELIANUS. — De morb. chron. lib. IV, cap. IV.  
1560-1616 BAILLOU. — Opera Medica.  
1666-1689 SYDENHAM. — Médecine pratique, sect. IV, chap. IV.  
1596 PORESTUS. — Lib. XXII, obs. XIX.  
1663-1730 LANZONI. — Ephémérides des curieux de la nature (centurie IX, obs. X).  
1709 BOERHAAVE. — Aphorisme de cognoscendis et curandis morbis, etc.  
1714 BAGLIVI. — Praxeos medicæ, lib. I.  
1725 BIANCHI. — Historia hepatica, t. I, p. 318.  
1728 HUXHAM. — Observationes de aëre et morbis epidemicis.  
1757 STRACK. — Tentamen med. de dysenteria.  
1764 AKENSIDE. — De dysenterica commentarius.  
1765 LEPECQ DE LA CLÔTURE. — Collections d'observations sur les maladies et les constitutions.  
1770 RICHTER. — Opuscula Medica.  
1777 STOLL. — Ratio medendi.  
1780 — Traité de la dysenterie.  
1809 — Médecine pratique.  
1794 ZIMMERMANN. — Traité de la dysenterie. Lausanne.  
1795 PRINGLE. — Observations sur les maladies des armées dans les camps et dans les garnisons.  
1796 TEMPEL. — De arthritide ejus que cum dysenteria connubio. Erfurt.

- 1802 PINEL. — Nosographie philosophique.
- 1816 BROUSSAIS. — Histoire des phlegmasies.
- 1813 CHOMEL. — Essai sur le rhumatisme. Thèse de Paris.
- 1837 CHOMEL et REQUIN. — Leçons de clinique médicale.
- 1857 — Des dyspepsies.
- 1814 FOURNIER et VAIDY. — Dictionnaire des sciences médicales.
- 1818 LORENZ. — Cinquième volume du Journal de médecine militaire de Dehorme.
- 1820 VILLENEUVE. — Dictionnaire des sciences médicales, p. 498.
- FRANK. — Médecine pratique.
- 1825 VAN DE KEERE. — Journal universel des sciences médicales.
- VIGNES. — Traité de la dysenterie, p. 221.
- 1834 ANDRAL. — Clinique médicale, t. II.
- 1835 OZANAM. — Maladies épidémiques, p. 313.
- THOMAS (de Tours). — Archives de méd., t. VIII et IX
- FALLOT. — Archives de médecine.
- 1839-1840 THOMSON. — On the co-existence of abdominal inflammation with rheumatism. The Lancet, p. 293.
- 1840 DE LA TRIBOUILLE. — Des rhumatismes viscéraux. Thèse de Paris.
- BOUILLAUD. — Traité clinique du rhum. art. aigu.
- 1841 GRIFOULHIÈRE. — Entérite rhumatismale. Journ. des connaissances médico-chirurg.
- 1844 GRISOLLE. — Traité pratique de pathologie interne.
- 1847 CAMBAY. — De la dysenterie et des maladies de foie qui la compliquent.
- 1851 MONNERET. — Goutte et rhumatisme. Thèse de concours.
- 1863 — Pathologie interne.
- 1854 BEAU. — Archives générales de médecine, p. 403.
- 1852 HASPEL. — Maladies de l'Algérie, t. II, p. 92.
- 1853 VALLEIX. — Guide de médecine pratique.
- 1857 GUBLER. — Archives de médecine, p. 268.
- 1858 SYLVESTRE. — Union médicale.
- 1859 VIGNAL. — Dysenterie. Montpellier médical, p. 193.
- TRASH. — Transfert of inflammation from the articulations to the mucous coat of the intestines during on attach of acute rheumaticus. New-York, M. Press, p. 268.
- 1861 SKODA. — Allg. Wiener med. zeitung.

- 1861 DUTROULEAU. — Maladies des Européens dans les pays chauds, p. 544.
- 1862 GRAVÉS. — Clinique médicale. Traduct. Jaccoud, t. I, p. 571.
- FRERICH. — Traité pratique des maladies du foie. Traduction française Duménil, Pellagot, Paris.
- DUROZIEZ. — Gazette des hôpitaux, Paris, p. 577. De quelques coïncidences du rh. art. aigu.
- BAILLET. — Ictère rhumatismal. Thèse de Paris.
- 1863 DELIOUX DE SAVIGNAC. — Traité de la dysenterie.
- CHAUFFARD. — Archives générales de médecine.
- CHATARD. — Union médicale de la Gironde (Juillet). Ictère rhumatismal.
- HOMAN D'HERTWIG. — Canstatt's Jahresberichte, t. IV, p. 102.
- 1865 FERNET (Charles). — Du rhum. aigu et de ses diverses manifestations. Thèse de Paris.
- 1866 BALL. — Du rhum. viscéral. Thèse d'agrégation.
- 1867 GESTIN. — Archives de médecine navale.
- OLLIER. — Arthrite in Dict. sc. méd.
- 1868 DURAND-FARDEL. — Traité pratique des maladies chroniques, t. I, p. 377.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Dysenterie.
- 1869 PASTIA. — Thèse de Paris.
- BARRALIER. — Dysenterie, in Dict. Jaccoud, p. 748.
- RIGAL. — Gazette des hôpitaux.
- HUETTE. — De l'arthrite dysentérique. Archives générales de médecine.
- HALLEZ. — Des localisations rhum. qui peuvent précéder la localisation art. aiguë. Thèse de Paris.
- 1872 ROBERTS. — The Lancet. Un cas de rhum. avec complicat. de diarrhée.
- PICOT. — Du rhum. aigu et de ses diverses manif. chez les enfants. Thèse de Paris.
- 1873 ORLOWSKI. — Thèse de Paris, n° 366.
- PÉTER (Michel). — Leçons cliniques médic.
- 1874 FOLLIN et DUPLAY. — Traité de path. externe. Arthrite.
- QUINQUAND. — Manif. rhum. de la dysent. Gazette des hôpitaux, pp. 419-442-650-668.

- 1874 BLACHEZ. — Rhum. visc. in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, p. 505.  
— RAPMOND. — Deutsche Klinik, p. 132.  
— GUENEAU DE MUSSY. — Clinique médicale, t. I, p. 252.  
1875 MAC SWINEY. — Rhum. art. aigu avec gastro-duodénite in The Dublin Journal of medicine (Octobre).  
— TÊTU. — De l'arthrite dysentérique. Thèse de Paris.  
— LECARD. — Recueil de médecine militaire.  
1876 BESNIER. — Article rhumatisme. in Dictionnaire de Dechambre.  
— ARON. — Recueil de médecine militaire.  
— GALDEMAR. — Thèse de Paris, n° 230.  
1878 MURCHINSON. — Leçons cliniques sur les maladies du foie. Traduction Cyr.  
1878 RAYMOND. — Les dyspepsies. Thèse d'agrégation.  
— GÉRARD DE LA BARCERIE. — Archives de médecine navale.  
1879 JACCOUD. — Pathologie interne.  
— LEVEN. — Traité des maladies de l'estomac.  
— TORESEN. — Om den acute Ledrheumatisme. Norsk. mag. for Lægevidenskaben.  
— MAROT. — Contribution à l'étude du rhumatisme artériel aigu, p. 24. Thèse de Paris.  
1880 LAMBIN. — Essai sur le rhumatisme aigu des voies digestives. Thèse de Paris.  
1881 BUCQUOY. — Étiologie du rhumatisme. Gazette des hôpitaux, p. 810.  
— GERMAIN-SÉE. — Des dyspepsies gastro-intestinales. Paris, p. 166.  
1882 HOMOLLE. — Article rhumatisme. du Dictionnaire Jaccoud.  
— LACOT Y MARTINEZ. — Manifestations rhumatismales du tube digestif. Thèse de Paris.  
— POCOCK. — Case of acute rheumatism in a newly born infant. The Lancet.  
1883 BÉRENGER-FÉRAUD. — Traité de la dysenterie.  
1884 PAGNIER. — Essai sur l'étiologie du rhumatisme artériel aigu. Paris.  
— FIALHO. — Thèse de Paris, n° 216.  
1885 LÉPINE (de Lyon). — Semaine médicale, p. 124.  
— COLIN. — Article dysenterie. Dictionnaire de Dechambre.  
— FRADET. — Du rhumatisme second. dysentérique. Thèse de Paris.  
1886 SCHÆFER. — Ein Fall v. acuten Gelenkrhum bei einer Mutter und deren neugeborenen Kinde. Berliner Klinik. Wochenschrift.

- 1886 DEWERE. — Arch. gén. de méd. Paris, 7<sup>e</sup> sér., pp. 9, 157, 441.  
— BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition.  
— MANTLE. — The Aetiology of Rheumatism considered from a bacterial point of view.
- 1887 LEMAISTRE. — Rhum. art. aigu avec ictère, guéri par le salic. de soude. Journ. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne.  
— LAGOUT. — Union médicale.
- 1888 JACCOUD. — Rhumat. art. aigu, maladie générale infectieuse. Gazette des hôpitaux.
- 1889 JACCOUD. — Rhum. visc. ; nature infect. du rhum. Semaine médicale.
- 1890 AUZILHON. — De la gastro-entéralgie rhum. Montp. méd., p. 63.
- 1891 LEIBLINGER. — Ueber Resorptions-Icterus im Verlanfe der Polyarthrits acuta rheumatica und die sogenannte Weil'sche Krankheit. Wien, med. Woch.  
— ARCHIBALD GARROD. — Traité du rhumatisme. Traduit par le Dr Brachet. Paris.
- 1892 LANCEREAUX. — Leçons de clinique médicale, pp. 344-354.  
— LÉPINE (de Lyon). — Semaine médicale, p. 21.
- 1893 VACK. — Obs. de rhum. art. dysentérique. Archives de méd. militaire, Paris.  
— LOUIS DE SAINT-GERMAIN. — Path. du rhum. art. aigu. Thèse de Paris.
- 1894 HANOT. — Considérations génér. sur le rhum. art. aigu. Presse médicale, juin.
- 1897 MANQUAT. — Traité de thérapeutique.  
— AUSCHER. — Art. rhum. art. in Manuel de médecine de Debove et Achard.
- 1898 MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance.  
— REMLINGER. — Revue de médecine. Paris, pp. 685-696.
- 1899 PRIBRAM. — Speciell pathol. und therap. de Nothnagel, t. V, 1<sup>e</sup> part.
- 1900 CHARRIN. — Société de biologie. Séance du 3 mars.  
— TRIBOULET et COYON. — Le rhum. art. aigu en bactériologie.  
— BOSANQUET. — The Lancet.  
— OPPENHEIM et LIPPMANN. — Société de biol. Séance du 24 févr.
- 1901 PICARD. — Ictère émotif. Thèse de Paris, n<sup>o</sup> 22.  
— TEISSIER-MERKLEN. — Soc. de méd. Hôpitaux de Paris.

- 1901 TRIBOULET. — Gazette des hôp. Complicat. de rhum. Rev. gén.  
— GILBERT et LEREBoulLET. — Les pleurésies biliaires. Société de  
biologie.  
— WIDAL. — *In* Traité de méd. et de thérapeut. de Brouardel et  
Gilbert.  
— OETTINGER. — Art. « rhum. art. aigu ». *In* Traité de médecine  
Bouchard et Brissaud.  
— SANTINI. — Méthode évacuante dans le trait. du rhum. art.  
aigu (rhum. vrai infect. association gastro intest.). Thèse de  
Paris.  
— BLOCH. — Rhumatisme et dyspepsie. Thèse de Paris.  
1903 DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne, 14<sup>e</sup> édit.  
— COLLET. — Précis de pathologie interne, 3<sup>e</sup> édit.  
— ARNOZAN. — Traité de thérapeutique, t. II, p. 534.  
1904 ROBIN (Albert). — Maladie de l'estomac, p. 1010.  
— GILBERT et LEREBoulLET. — Orig. digestive du rhum. art. aigu.  
Presse médic. 16 janv. 1904, p. 33.  
— GAUSSEL. — Sur deux cas d'ictère rhumat. Montp. méd., 5 juin.  
— — Ictère rhumatismal. Revue général. Archiv. gén.  
méd., 7 juin 1904, p. 1432.
-

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ALPHABÉTIQUE

- AKENSIDE. — De dysenterica commentarius, 1764.
- ANDRAL. — Clinique médicale, t. II, 1834.
- ARON. — Recueil de médecine militaire, 1876.
- AUZILHON. — De la gastro-entéralgie rhum. Montp. méd., p. 63, 1890.
- AUSCHER. — Art. rhum. art. aigu, in Manuel de méd. de Debove et Achard, 1897.
- ARNOZAN. — Traité de thérapeutique, t. II, p. 534, 1903.
- BAILLOU (1560-1616). — Opera medica.
- BOERHAAVE. — Aphorisme de cognoscendis et curandis morbis, etc., 1709.
- BAGLIVI. — Praxeos medicæ, l. I, 1714.
- BIANCHI. — Historia hepatica, t. I, p. 318, 1725.
- BROUSSAIS. — Histoire des phlegmasies, 1816.
- BOUILLAUD. — Nouvelles recherches sur le rhum., 1837. — Traité clinique du rhum. art. aigu, 1840.
- BEAU. — Archives générales de médecine, p. 403, 1851.
- BAILLET. — Ictère rhum., thèse de Paris, 1862.
- BALL. — Du rhum. viscéral, thèse d'agrégation, 1866.
- BARRALIER. — Dysenterie, in dictionnaire Jaccoud, p. 748, 1869.
- BLACHEZ. — Rhum. visc. in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, p. 505, 1874.
- BESNIER. — Art. rhum. in Dictionnaire de médecine, 1876.
- DE LA BARCERIE. — Arch. de médecine navale, 1878.
- BUCQUOY. — Étiologie du rhum., Gaz. des hôpitaux, p. 810, 1881.
- BÉRENGER-FÉRAUD. — Traité de la dysenterie, 1883.
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition, 1886.
- BOSANQUET. — The Lancet, 1900.

- BLOCH. — Rhumatisme et dyspepsie, thèse de Paris.
- COELIUS AURELIANUS. — De morb. chron., l. IV, c. IV.
- CHOMEL. — Essai sur le rhum., thèse de Paris, 1813. — Des dyspepsies, 1857.
- CHOMEL ET REQUIN. — Leçons de clin. méd., 1837.
- CAMBAY. — De la dysent. et des maladies de foie qui la compliquent, 1847.
- CHAUFFARD. — Arch. générales de médecine, 1863.
- CHATARD. — Union méd. de la Gironde (juillet), ictère rhumatis-mal, 1863.
- COLIN. — Art. dysenterie, Dict. Dechambre, 1885.
- CHARRIN. — Société de biologie, séance du 3 mars 1900.
- COLLET. — Précis de pathologie interne, 3<sup>e</sup> éd., 1903.
- DUTROULEAU. — Maladies des Européens dans les pays chauds, p. 544, 1861.
- DUROZIEZ. — Gazette des hôpitaux, Paris, p. 577, 1862.
- DELIOUX DE SAVIGNAC. — Traité de la dysenterie, 1863.
- DURAND FARDEL. — Traité pratique des maladies chron., t. I, p. 377, 1868.
- DEWERE. — Arch. gén. de médecine de Paris, 7<sup>e</sup> série, p. 9, 157, 441, 1886.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne, 14<sup>e</sup> éd., 1903.
- FOURNIER ET VAIDY. — Dictionnaire des sciences médicales, 1814.
- FRANK. — Médecine pratique, 1820.
- FALLOT. — Archives de médecine, 1835.
- FRERICH. — Traité pratique des maladies du foie, 1862.
- FERNET (Charles). — Du rhum. aigu et de ses diverses manifestations, th. Paris, 1865.
- FOLLIN ET DUPLAY. — Traité de pathologie externe (arthrite), 1874.
- FIALHO. — Thèse Paris, n<sup>o</sup> 216, 1884.
- FRADET. — Du rhum. second. dysentérique, thèse de Paris, 1885.
- GRIFOULHIÈRE. — Entérite rhumat. Journ. des conn. méd.-chir., 1841.
- GRISOLLE. — Traité pratique de pathologie interne, 1844.
- GRAVES. — Clin. méd., traduct. Jaccoud, t. I, p. 571, 1862.
- GESTIN. — Arch. de médecine navale, 1867.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Cinique méd., t. I, p. 252, 1874.
- GOLDEMAR. — Thèse de Paris, n<sup>o</sup> 230, 1876.
- GERMAIN SÉE. — Des dyspepsies gastro-intest., Paris, p. 166, 1881.

- GARROD (Archibald). -- Traité du rhum., trad. par le Dr Brachet, Paris 1891.
- GUBLER — Arch. de méd., p. 268, 1857
- GILBERT ET LEREBoullet. — Les pleurésies biliaires. Société de biologie, 1901. — Orig. digestive du rhum. art. aigu, Presse médicale, 5 janvier 1904, p. 33.
- GAUSSEL. — Sur deux cas d'ictère rhumat., Montpellier médical, 5 juin 1904. — L'ictère rhum., Revue générale, Arch. gén. méd., 7 juin 1904, p. 1432.
- HIPPOCRATE. — Pronotions coaques, p. 453. — Traité des humeurs.
- HUXHAM. — Observationes de aëre et morbis epidemicis, 1728.
- HASPEL. — Maladies de l'Algérie, t. II, p. 92, 1852.
- HOMAN D'HERTWIG. — Canstatt's jahresbrichte, t. IV, p. 102, 1863.
- HUETTE. — De l'arthrite dysentérique, Arch. gén. de méd., 1869.
- HALLEZ. — Des localisations rhum. qui peuvent précéder la localisation art. aiguë. Th. Paris, 1869.
- HOMOLLE. — Art. rhum. du Dict. Jaccoud, 1882.
- HANOT. — Considérations générales sur le rhum. art. aigu. Presse médicale, juin 1894.
- JACCOUD. — Pathologie interne, 1879. — Rh. art. aigu, maladie générale infect., Gaz. des hôp., 1888.
- LANZONI (1663-1730). — Ephémérides des curieux de la nature (centurie IX, obs. X).
- LEPEQ DE LA CLOTURE. — Collection d'observations sur les maladies et les constitutions, 1765.
- LORENZ. — 5<sup>e</sup> vol. du journal de méd. militaire de Dehorme, 1814.
- LECARD. — Recueil de méd. militaire, 1875.
- LEVEN. — Traité des maladies de l'estomac, 1879.
- LAMBIN. — Essai sur le rhum. aigu des voies digestives, Th. Paris, 1880.
- LACOT Y MARTINEZ. — Manifestations rhum. du tube digestif, Th. Paris, 1882.
- LÉPINE (de Lyon). — Semaine méd., p. 124, 1885. — Sem. méd., p. 21, 1892.
- LEMAISTRE. — Rhum. art. aigu avec ictère guéri par le salicylate de soude, Journ. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne, 1887.
- LAGOUT. — Union médicale, 1887.
- LEIBLINGER. — Ueber Resorptions - Icterus in Verlaufe der Polyar-

- thritis acuta rhumatica und die sogenannten Weil, sche Krankheit. Wien. med. Woch, 1891.
- LANCEREAUX. — Leçons de clinique méd., p. 344-354, 1892.
- MONNERET. — Goutte et rhumatisme, Thèse de concours, 1851. — Pathologie interne, 1863.
- MURCHINSON. — Leçons cliniques sur les maladies du foie, trad. Cyr, 1878.
- MAROT. — Contribution à l'étude du rhum. art. aigu, p. 24, thèse Paris, 1879.
- MANTLE. — The ætiology of rheumatism considered from a bacterial point of view, 1886.<sup>1</sup>
- MANQUAT. — Traité de thérapeutique, 1897.
- MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance, 1898.
- OZANAM. — Maladies épidémiques, p. 313, 1835.
- OLLIER. — Arthrite in Dict. sc. méd., 1867.
- ORLOWSKI. — Thèse de Paris, n. 366, 1873.
- OPPENHEIM ET LIPPMANN. — Société de biologie, séance du 24 février 1900.
- OETTINGER. — Art. rhum. art. aigu, in Traité de médecine de Bouchard et Brissaud, 1902.
- PORETUS. — Lib. XXII, obs. XIX, 1596.
- PRINGLE. — Observations sur les maladies des armées dans les camps de la garnison, 1795.
- PINEL. — Nosographie philosophique, 1802.
- PASTIA. — Thèse de Paris, 1869.
- PICOT. — Du rhum. aigu et de ses diverses manif. chez les enfants, Thèse Paris, 1872.
- PETER (Michel). — Leçons de clinique médicale, 1873
- POCOCH. — Case of acute rheum. in a newly born infant, The Lancet, 1882.
- PRIBRAM. — Speciell pathol. und therapie de Nothnagel, t. V, 1<sup>re</sup> partie, 1899.
- PAGNIER. — Essai sur l'étiologie du rhum. art. aigu, Paris, 1884.
- PICARD. — Ictère émotif, Thèse Paris, n. 22, 1901.
- QUINQUAND. — Manifestation rhum. de la dysenterie, Gaz. des hôpitaux, pp. 419, 442, 650, 668, 1874.
- RICHTER. — Opuscula medica, 1770.
- RIGAL. — Gaz. des hôpitaux, 1869.

- ROBERTS. — The Lancet, un cas de rhum. avec complic. de diarrhée, 1872.
- RAPMOND. — Deutsche Klin., p. 132, 1874.
- RAYMOND. — Les dyspepsies, thèse d'agrégation, 1878.
- REMBINGER. — Revue de médecine, p. 685, 696, Paris, 1898.
- ROBIN (Albert). — Maladies de l'estomac, p. 1010, 1904.
- SYDENHAM (1666-1689). — Médecine pratique, sect. IV, ch. IV.
- STRACK. — Tentamen med. de dysenteria, 1757.
- STOLL. — Ratio medendi, 1777. — Traité de la dysenterie, 1780.  
— Médecine pratique, 1809.
- SYLVESTRE. — Union médicale, 1859.
- SKHODA. — Allg. Wiener med. Zeitung, 1861.
- SWINEY (Mac). — Rh. art. aigu, avec gastro-duodénite in the Dublin Journ. of med., octob. 1875.
- SCHÖEFER. — Ein Fall v. acuten Gelenkrum bei einer Mutter und deren neugeborenen Kinde, Berliner Klin. Woch. 1886.
- ST-GERMAIN (Louis de). — Path. du rhum. art. aigu, thèse de Paris, 1893.
- SANTINI. — Méthode évacuante dans le trait. du rhum. art. aigu (rh. vrai infect. association gastro-intest.), thèse Paris, 1902.
- TEMPEL. — De arthritide ejus que cum dysenteria connubio, Erfurt, 1796.
- THOMAS (de Tours). — Archives de méd., t. VIII et IX, 1835.
- THOMSON — On the coexistence of abdominal inflammation with rheum, The Lancet, p. 293, 1839-1840.
- TRIBOUILLE (de la). — Des rhum. viscéraux, Thèse de Paris, 1840.
- TRASH. — Transfert of inflammation from the articulations to the mucous coat of the intestins during an attach of acute rheumaticus, New-York. M. Press., p. 268, 1859.
- TÉTU. — De l'arthrite dysentérique, Thèse de Paris, 1875.
- THORESEN. — Om dem acute Ledrheumatisme, Norsh. mag. for Lagevidenskaben, 1879.
- TRIBOULET ET COYON. — Le rhum. art. aigu en bactériologie, 1900.
- TEISSIER-MERKLEN. — Société de méd. des hôpitaux de Paris, 1901.
- VILLENEUVE. — Dict. des sciences médicales, p. 498, 1820.
- VAN DE KEERE. — Journal universel des sciences médicales, 1825.

VIGNES. — Traité de la dysenterie, p. 221, 1825.

VALLEIX. — Guide de médecine pratique, 1853.

VIGNAL. — Dysenterie, Montpellier méd., p. 173, 1859.

VACK. — Obs. de rhum. art. dysentérique. Archives de médecine militaire, Paris, 1893.

WIDAL. — In Traité de méd. et de Thérap. de Brouardel et Gilbert, 1902.

ZIMMERMANN. — Traité de la dysenterie, Lausanne, 1794.

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Montpellier, le 3 juillet 1904.  
Le Recteur,  
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ:  
Montpellier, le 3 juillet 1904.  
Le Doyen,  
MAIRET.

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                            | Pages |
|------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION . . . . .                                     | 5     |
| CHAPITRE PREMIER. — TROUBLES GASTRIQUES . . . . .          | 10    |
| Historique . . . . .                                       | 10    |
| Symptomatologie . . . . .                                  | 17    |
| Anatomie pathologique. . . . .                             | 19    |
| Étiologie . . . . .                                        | 20    |
| Diagnostic . . . . .                                       | 21    |
| Observation I. . . . .                                     | 22    |
| Observation II . . . . .                                   | 25    |
| CHAPITRE II. — TROUBLES INTESTINAUX. . . . .               | 27    |
| Historique . . . . .                                       | 27    |
| Symptomatologie de l'entéralgie et de l'entérite . . . . . | 40    |
| Observation III . . . . .                                  | 42    |
| Observation IV . . . . .                                   | 43    |
| Observation V . . . . .                                    | 46    |
| Dysenterie rhumatismale . . . . .                          | 47    |
| Observation VI . . . . .                                   | 50    |
| Observation VII. . . . .                                   | 51    |
| Observation VIII. . . . .                                  | 52    |
| Observation IX . . . . .                                   | 53    |
| Symptômes de la dysenterie rhumatismale . . . . .          | 57    |
| Appendicite rhumatismale. . . . .                          | 58    |
| Étiologie des troubles intestinaux . . . . .               | 58    |
| Diagnostic . . . . .                                       | 58    |

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE III. — TROUBLES HÉPATIQUES. . . . .               | 60  |
| Historique . . . . .                                       | 60  |
| Symptômes de l'ictère rhumatismal . . . . .                | 68  |
| Étiologie . . . . .                                        | 70  |
| Diagnostic . . . . .                                       | 70  |
| Anatomie pathologique. . . . .                             | 71  |
| TROUBLES PANCRÉATIQUES . . . . .                           | 73  |
| Observation X . . . . .                                    | 74  |
| Observation XI . . . . .                                   | 77  |
| Observation XII . . . . .                                  | 79  |
| Observation XIII . . . . .                                 | 81  |
| Observation XIV. . . . .                                   | 84  |
| Observation XV . . . . .                                   | 86  |
| Observation XVI. . . . .                                   | 88  |
| Observation XVII . . . . .                                 | 89  |
| <br>CHAPITRE IV. — PATHOGÉNIE DES TROUBLES DIGESTIFS . . . | 91  |
| CONCLUSIONS . . . . .                                      | 99  |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE CHRONOLOGIQUE . . . . .              | 101 |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ALPHABÉTIQUE . . . . .               | 107 |
| TABLE DES MATIÈRES . . . . .                               | 113 |

## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon étal ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---





